Qualitätsbericht 2005
für Verwaltung, Pflege und Medizin

St.-Marien-Hospital Lünen

St.-Marien-Hospital Lünen

Akademisches Lehrkrankenhaus der
Westfälischen Wilhelms-Universität Münster

ST.-MARIEN-HOSPITAL LÜNEN

Homepage **www.smh-online.de**

Altstadtstraße 23
44564 Lünen
Fon 02306 77 0
Fax 02306 77 222

GESAMTINHALTSVERZEICHNIS

I.	Vorwort	4
II.	Basisinformationen zum Krankenhaus	4
III.	Qualitätspolitik	18
IV.	Aufbau des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements	18
V.	Verwaltung	20
VI.	Pflegedienst	74
VII.	Medizinische Fachabteilungen, Institutionen und Funktionsbereiche	144
VII-I	Allgemeinchirurgie	144
VII-II	Klinik für Anästhesiologie und operative Intensivmedizin	163
VII-III	Apotheke	193
VII-IV	Gefäßchirurgische Klinik	211
VII-V	Geriatrische Klinik, Physikalische Therapie, Rheumatologie sowie Frührehabilitation	228
VII-VI	Geburtshilflich-gynäkologische Klinik	241
VII-VII	Medizinische Klinik I	266
VII-VIII	Medizinische Klinik II	283
VII-IX	Neurochirurgische Klinik	306
VII-X	Abteilung für radiologische Diagnostik	331
VII-XI	Schmerztherapeutisches Zentrum	344
VII-XII	Strahlentherapeutische Klinik	364
VII-XIII	Unfallchirurgische Klinik	379
VII-XIV	Klinik für orthopädische Chirurgie	404
VII-XV	Urologische Klinik	423
VII-XVI	Neurologische Klinik	439
VIII.	Schlüsselergebnisse	449
IX.	Qualitätsbewertung	449
X.	Qualitätssicherung	449
X-I	Ergebnisse in der externen Qualitätssicherung gemäß § 13 SGB V	449
X-II	Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V	450
X-III	Qualitätssicherungsmaßnahmen bei Disease-Management-Programmen	450
X-IV	Umsetzung Mindestmengenvereinbarung nach § 137 SGB V	451
XI.	Zusammenfassung & Ausblick	452
	Abkürzungsverzeichnis	453
	Glossar	454

I. VORWORT

Die Motivation für die Erstellung dieses Qualitätsberichtes bestand primär darin, dem im SGB V geforderten Maßnahmen zur Qualitätssicherung nachzukommen und auch für das Jahr 2005 einen Qualitätsbericht zu erstellen. Darüber hinaus soll dieser Qualitätsbericht als Voraussetzung dazu dienen, in naher Zukunft ein strukturiertes Qualitätsmanagementsystem mit anschließender Zertifizierung zu entwickeln. Darüber hinaus ist es durch die systematische Erfassung der Arbeitsabläufe nun möglich, die Prozessstrukturen auch Dritten gegenüber zu dokumentieren und damit transparent zu machen.

II. BASISINFORMATIONEN

Krankenhausträger:	Kuratorium Stiftung St.-Marien-Hospital
Rechtsform:	Stiftung des privaten Rechts
Trägerschaft:	freigemeinnützig
Institutskennzeichen:	260591506
Versorgungsstufe nach Landeskrankenhausplan:	Schwerpunktversorgung
Lehrkrankenhaus :	Akademisches Lehrkrankenhaus der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster
Anzahl Planbetten:	590 (lt. Feststellungsbescheid v. 02.11.2005)

AUFSTELLUNG DER FACHABTEILUNGEN

Schlüssel	Bezeichnung	Betten
300	Medizinische Klinik I (Kardiologie, Pulmonologie, Nephrologie)	100
700	Medizinische Klinik II(Gastroenterologie, Stoffwechsel-und Infektionskrankheiten,Onkologie)	97
	Angiologie	10
1500	Chirurgische Klinik I Allgemeinchirurgie	46
1600	Chirurgische Klinik II (Unfallchirurgie und Orthopädische Chirurgie)	55
1800	Gefäßchirurgische Klinik	30
1700	Neurochirurgische Klinik	37
2400	Gynäkologie/Geburtshilfe	67
	Senologie	8
2200	Urologische Klinik	32
200	Geriatrische Klinik	40
260	Geriatrische Tagesklinik	18
2800	Neurologische Klinik	42
3200	Nuklearmedizinische Klinik	8
3753	Schmerztherapeutisches Zentrum	5

Schlüssel	Bezeichnung	Betten
3300	Strahlentherapeutische Klinik	3

FACHABTEILUNGEN NICHT BETTENFÜHREND

- Klinik für Anästhesiologie und operative Intensivmedizin
- Abteilung für Radiologische Diagnostik
- Pharmakologie/Pharmazie

MEDIZINISCHE INSTITUTIONEN

- Funktionseinheiten für Chirurgie, Gynäkologie, Urologie, Innere Medizin und Neurologie
- Diagnostische Einrichtungen für Röntgen, Computertomographie, Kernspintomographie, Nuklearmedizin, Herzkatheter-Messplatz, Endoskopie
- Therapeutische Einrichtungen für Strahlentherapie und Nuklearmedizin
- Zentral-Labor mit Blutdepot
- Zentral-OP (6 Säle)
- Septischer OP (1 Saal)
- Eingriffsraum (2 Säle)
- Aufwachräume
- Kreißsäle
- Zentralsterilisation
- Physikalische Therapie mit Ergotherapie und Logopädie
- Zentrum für Osteopathische Medizin (ZOM), Leitung Samir H. M. Eissa, Facharzt für Neurochirurgie

LEISTUNGEN 2005

Fallzahl DRGs vollstationär:	19.454
Fallzahl teilstationär:	301
Fallzahl ambulant:	ca. 40.000
Anzahl Geburten:	784
CMI	1,076
Anzahl Operationen stat./amb.:	8.685
davon ambulante Operationen:	1.639
Einsätze Rettungshubschrauber:	1.044
Einsätze NEF:	2328

THERAPEUTISCHE MÖGLICHKEITEN

Bezeichnung	Vorhanden Ja	Nein
Physiotherapie	x	
Dialyse	x	
Logopädie	x	
Ergotherapie	x	
Schmerztherapie	x	
Eigenblutspende	x	
Gruppenpsychotherapie		x
Einzelpsychotherapie		x
Psychoedukation		x
Thrombolyse	x	
Bestrahlung	x	

AUFSTELLUNG DER HÄUFIGSTEN DRG FÜR DAS GESAMTKRANKENHAUS

Schlüssel	Bezeichnung	Fälle
P67	Neugeborenes, Aufnahmegewicht > 2499 g	713
F49	Invasive kardiologische Diagnostik außer bei akutem Myokardinfarkt	664
O60	Vaginale Entbindung	526
I68	Nicht operativ behandelte Erkrankungen und Verletzungen im Wirbelsäulenbereich	510
K15	Strahlentherapie bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	470
G60	Bösartige Neubildung der Verdauungsorgane	468
G48	Koloskopie, mehr als 2 Belegungstage, mit äußerst schweren oder schweren CC oder komplizierendem Eingriff	386
B70	Apoplexie	365
L20	Transurethrale Eingriffe außer Prostataresektion und komplexe Ureterorenoskopien ohne extrakorporale Stoßwellenlithotripsie (ESWL)	319
E71	Neubildungen der Atmungsorgane	265
F71	Nicht schwere kardiale Arrhythmie und Erregungsleitungsstörungen	256
F62	Herzinsuffizienz und Schock	251
F67	Hypertonie	250
O01	Sectio caesarea	227
H14	Laparoskopische Cholezystektomie	223
E65	Chronischobstruktive Atemwegserkrankung	209
I48	Revision oder Ersatz des Hüftgelenkes	200
I56	Andere Eingriffe an der Wirbelsäule	197
F52	Perkutane Koronarangioplastie mit komplexer Diagnose	184
F73	Synkope und Kollaps	184

Schlüssel	Bezeichnung	Fälle
N21	Hysterektomie außer bei bösartiger Neubildung	181
F57	Perkutane Koronarangioplastie mit komplexer Intervention	180
G49	Koloskopie und Gastroskopie, weniger als 3 Belegungstage	178
K12	Eingriffe an Schilddrüse, Nebenschilddrüse und Ductus thyreoglossus außer bei bösartiger Neubildung	178
F66	Koronararteriosklerose	174
B76	Anfälle	169
G67	Ösophagitis, Gastroenteritis und verschiedene Erkrankungen der Verdauungsorgane	165
E77	Andere Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane	161
G24	Eingriffe bei Bauchwandhernien, Nabelhernien und anderen Hernien oder beidseitige Eingriffe bei Leisten- und Schenkelhernien,	151
L63	Infektionen der Harnorgane	151
G46	Gastroskopie bei schweren Krankheiten der Verdauungsorgane, mehr als 2 Belegungstage	148
L64	Harnsteine und Harnwegsobstruktion	140
N25	Andere Eingriffe an Uterus und Adnexen außer bei bösartiger Neubildung,	129
F34	Andere große rekonstruktive Gefäßeingriffe ohne HerzLungenMaschine mit äußerst schweren CC	127
O65	Andere vorgeburtliche stationäre Aufnahme	126
F24	Implantation eines Herzschrittmachers, Zweikammersystem oder perkutane Koronarangioplastie mit komplexer Diagnose und hochkomplexer Intervention	125
M02	Transurethrale Prostataresektion	125
B80	Andere Kopfverletzungen	121
R61	Lymphom und nicht akute Leukämie	121
I53	Andere Eingriffe an der Wirbelsäule ohne äußerst schwere CC, mit komplexem Eingriff	118
B69	Transitorische ischämische Attacke (TIA) und extrakranielle Gefäßverschlüsse	117
V60	Alkoholintoxikation und entzug	116
K62	Verschiedene Stoffwechselerkrankungen	114
Q61	Erkrankungen der Erythrozyten	110
H41	Therapeutische ERCP	109
H61	Bösartige Neubildung an hepatobiliärem System und Pankreas	109
B67	Degenerative Krankheiten des Nervensystems	107
B71	Erkrankungen an Hirnnerven und peripheren Nerven	102
E69	Bronchitis und Asthma bronchiale	102
F33	Große rekonstruktive Gefäßeingriffe ohne Herz-Lungen-Maschine, mit Mehretagen- oder Aorteneingriff oder Reoperation	100
Gesamt		**10.921**

AUFSTELLUNG DER HÄUFIGSTEN HAUPTDIAGNOSEN (ICD) FÜR DAS GESAMTKRANKENHAUS

Schlüssel	Bezeichnung	Fä lle
I20	Angina pectoris	645
Z38	Lebendgeborene nach dem Geburtsort	631
I21	Akuter Myokardinfarkt	396
I63	Hirninfarkt	379
E05	Hyperthyreose [Thyreotoxikose]	353
N20	Nieren- und Ureterstein	346
M51	Sonstige Bandscheibenschäden	338
E11	Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-2-Diabetes]	316
C18	Bösartige Neubildung des Kolons	315
I50	Herzinsuffizienz	296
E04	Sonstige nichttoxische Struma	282
C67	Bösartige Neubildung der Harnblase	278
K80	Cholelithiasis	270
C34	Bösartige Neubildung der Bronchien und der Lunge	268
I25	Chronische ischämische Herzkrankheit	264
I48	Vorhofflattern und Vorhofflimmern	259
K29	Gastritis und Duodenitis	254
I10	Essentielle (primäre) Hypertonie	253
I70	Atherosklerose	221
M16	Koxarthrose [Arthrose des Hüftgelenkes]	221
F10	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol	208
J44	Sonstige chronische obstruktive Lungenkrankheit	199
K40	Hernia inguinalis	189
M54	Rückenschmerzen	181
S06	Intrakranielle Verletzung	179
S72	Fraktur des Femurs	179
C20	Bösartige Neubildung des Rektums	174
K57	Divertikulose des Darmes	168
O70	Dammriss unter der Geburt	157
R55	Synkope und Kollaps	157
G40	Epilepsie	149
C50	Bösartige Neubildung der Brustdrüse [Mamma]	147
S82	Fraktur des Unterschenkels, einschließlich des oberen Sprunggelenkes	146
M17	Gonarthrose [Arthrose des Kniegelenkes]	141
C16	Bösartige Neubildung des Magens	135
N40	Prostatahyperplasie	134

Schlüssel	Bezeichnung	Fä lle
M47	Spondylose	132
C61	Bösartige Neubildung der Prostata	131
M48	Sonstige Spondylopathien	130
M23	Binnenschädigung des Kniegelenkes [internal derangement]	120
D25	Leiomyom des Uterus	118
G45	Zerebrale transitorische Ischämie und verwandte Syndrome	117
I11	Hypertensive Herzkrankheit	115
N39	Sonstige Krankheiten des Harnsystems	114
I47	Paroxysmale Tachykardie	112
N83	Nichtentzündliche Krankheiten des Ovars, der Tuba uterina und des Lig. latum uteri	109
R10	Bauch- und Beckenschmerzen	109
O71	Sonstige Verletzungen unter der Geburt	107
S52	Fraktur des Unterarmes	107
M50	Zervikale Bandscheibenschäden	103
Gesamt		**10.852**

AUFSTELLUNG DER HÄUFIGSTEN RELEVANTEN OPERATIONEN BZW. EINGRIFFE (OPS) FÜR DAS GESAMTKRANKENHAUS

Schlüssel	Bezeichnung	Fälle
5-573	Transurethrale Inzision, Exzision, Destruktion und Resektion von (erkranktem) Gewebe der Harnblase	520
5-892	Andere Inzision an Haut und Unterhaut	469
5-984	Mikrochirurgische Technik	435
5-381	Endarteriektomie	413
5-032	Zugang zur Lendenwirbelsäule, zum Os sacrum und zum Os coccygis	408
5-469	Andere Operationen am Darm	369
5-399	Andere Operationen an Blutgefäßen	360
5-831	Exzision von erkranktem Bandscheibengewebe	312
5-513	Endoskopische Operationen an den Gallengängen	304
5-393	Anlegen eines anderen Shuntes und Bypasses an Blutgefäßen	303
5-820	Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk	296
5-683	Uterusexstirpation [Hysterektomie]	286
5-511	Cholezystektomie	276
5-986	Minimalinvasive Technik	265
5-812	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken	261
5-690	Therapeutische Kürettage [Abrasio uteri]	258
5-452	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes	242
5-572	Zystostomie	240
5-758	Rekonstruktion weiblicher Geschlechtsorgane nach Ruptur, post partum [Dammriß]	238
5-530	Verschluß einer Hernia inguinalis	199
5-380	Inzision, Embolektomie und Thrombektomie von Blutgefäßen	195
5-738	Episiotomie und Naht	183
5-790	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese	178
5-386	Andere Exzision von (erkrankten) Blutgefäßen und Transplantatentnahme	172
5-893	Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] und Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	167
5-062	Andere partielle Schilddrüsenresektion	164
5-601	Transurethrale Exzision und Destruktion von Prostatagewebe	151
5-377	Implantation eines Herzschrittmachers und Defibrillators	138
5-794	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens mit Osteosynthese	135
5-894	Lokale Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	131
5-740	Klassische Sectio caesarea	129
5-811	Arthroskopische Operation an der Synovialis	128
5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	127

Schlüssel	Bezeichnung	Fälle
5-749	Andere Sectio caesarea	122
5-988	Anwendung eines Navigationssystems	122
5-983	Reoperation	120
5-470	Appendektomie	117
5-839	Andere Operationen an der Wirbelsäule	116
5-651	Lokale Exzision und Destruktion von Ovarialgewebe	115
5-822	Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk	111
5-385	Unterbindung, Exzision und Stripping von Varizen	108
5-562	Ureterotomie, perkutan-transrenale und transurethrale Steinbehandlung	107
5-455	Partielle Resektion des Dickdarmes	100
5-793	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens	100
5-870	Partielle (brusterhaltende) Exzision der Mamma und Destruktion von Mammagewebe ohne axilläre Lymphadenektomie	100
5-832	Exzision von erkranktem Knochen- und Gelenkgewebe der Wirbelsäule	99
5-030	Zugang zum kraniozervikalen Übergang und zur Halswirbelsäule	97
5-681	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Uterus	97
5-704	Vaginale Kolporrhaphie und Beckenbodenplastik	92
5-449	Andere Operationen am Magen	91
Gesamt		**10.266**

AUFSTELLUNG DER HÄUFIGSTEN AMBULANTEN OPERATIONEN BZW. EINGRIFFE FÜR DAS GESAMTKRANKENHAUS

EBM

Schlüssel	Bezeichnung	Fälle
764	Koloskopie, total einschl. Zökum	94
765	Polypektomie/Schlingenbiopsie	56
1104	Abrasio	42
2275	Karpal-/Tarsaltunnel-Syndrom	25
2445	Diagnostische arthroskop. Operation	22
2821	Port, Implantation	17
2862	Varizen-Crossektomie + Varizen-Stripping	17
1060	Blasenmole, missed abortion	16
2363	Osteosynthesematerialentfernung großer	14
1787	Ureterverweilschiene	13
2105	Exzision, tiefliegendes Körpergewebe	12
1784	Zystoskopie (Frau)	10
2105	Exzision, tiefliegendes Körpergewebe	10

Schlüssel	Bezeichnung	Fälle
1741	Vorhautplastik	9
2850	Dialyseshunt, Anlage	8
5120	Herzkatheteruntersuchung mit Koronarang	6
2012	Fremdkörperentfernung, tiefsitzend	5
2111	Diagnostische Exstirpation, Mammatumor	5
2361	Draht-/Schraubenfixation, Entfernung mi	5
2345	Osteosynthese, großer Röhrenknochen	4
2816	Schrittmacher, Aggregatwechsel	4
2821	Port, Implantation	4
1086	Portio, Messerkonisation	3
1785	Zystoskopie (Mann)	3
2012	Fremdkörperentfernung, tiefsitzend	3
2960	Denervation, Wirbelgelenke (op.)	3
1768	Leistenhoden-Op.	2
2321	Einrichtung, Unterarm/Unterschenkelfraktur	2
2341	Osteosynthese, kl. Röhrenknochen/Rippen	2
2467	Epikondylitis radialis/ulnaris Op.	2
1129	Gebärmutterhals, plastische Op.	1
1761	Hydro-/Spermatozelen-Op.	1
187	Sterilisation	1
2110	Diagnostische Exstirpation, Mammatumor	1
2145	Eröffnung, tiefliegender Abszeß	2
2220	Ganglion- / Sehnenscheidenstenose-Op.	1
2246	Naht, Beugesehne	1
2276	Supinatorlogen-Syndrom Op.	1
2362	Osteosynthesematerialentfernung	1
2447	Resezierende arthroskop. Op.	1
2620	Leisten-/Schenkelbruch	1
2750	Hämorrhoidalknoten, Exzision, segmentär	1
2815	Schrittmacher, Erstimplantation Schritt	1
2817	Zweikammerschrittmacher, 2. Elektrode	1
5140	Phlebographie / Lymphographie Extremität	2
5142	Phlebographie, Computeranalyse Zuschlag	1
741	Gastroskopie	1
Gesamt		**437**

AUFSTELLUNG DER HÄUFIGSTEN AMBULANTEN OPERATIONEN BZW. EINGRIFFE FÜR DAS GESAMTKRANKENHAUS

EBM 2000plus

Schlüssel	Bezeichnung	Fälle
13421	Koloskopischer Komplex	309
31311	Endoskopischer gynäkologischer Eingriff der Kategorie T1	85
31301	Gynäkologischer Eingriff, Kategorie S1	77
31242	Peripherer neurochirurgischer Eingriff der Kategorie O2	62
31132	Eingriff an Knochen und Gelenken, Kategorie D2	54
31212	Schrittmacher, Kategorie L2	52
31142	Endoskopischer Gelenkeingriff, Kategorie E1	47
26311	Urethro(-zysto)skopie der Frau	38
31202	Eingriff am Gefässystem, Kategorie K2	32
26310	Urethro(-zysto)skopie des Mannes	29
31912	Fraktur-Einrichtung des Ellenbogen- oder Kniegelenkes oder distal davon	27
31101	Dermatochirurg. Eingriff Kategorie A1	26
31312	Endoskopischer gynäkologischer Eingriff der Kategorie T2	23
31133	Eingriff an Knochen und Gelenken, Kategorie D3	21
31204	Eingriff am Gefässystem, Kategorie K4	17
31102	Dermatochirurg. Eingriff Kategorie A2	14
31212	Schrittmacher, Kategorie L2	14
31914	Fraktur-Einrichtung proximal, Knie- oder Ellenbogengelenk	14
31302	Gynäkologischer Eingriff, Kategorie S2	13
31122	Eingriff an Extremitäten Kategorie C2	9
31123	Eingriff an Extremitäten Kategorie C3	9
31131	Eingriff an Knochen und Gelenken, Kategorie D1	9
31203	Eingriff am Gefässystem, Kategorie K3	9
31211	Schrittmacher, Kategorie L1	9
31910	Fraktur-Einrichtung distal der Hand- oder Fußwurzel	9
31134	Eingriff an Knochen und Gelenken, Kategorie D4	8
31201	Eingriff am Gefässystem, Kategorie K1	7
31211	Schrittmacher, Kategorie L1	7
31214	Schrittmacher, Kategorie L4	7
31313	Endoskopischer gynäkologischer Eingriff der Kategorie T3	7
31143	Endoskopischer Gelenkeingriff, Kategorie E2	6
31135	Eingriff an Knochen und Gelenken, Kategorie D5	4
31163	Endoskopisch-Visceralchirurg. Eingriff G3	4
13400	Ösophago-Gastroduodenaler Komplex	3
31112	Eingriff an der Brustdrüse Kategorie B2	3

Schlüssel	Bezeichnung	Fälle
31144	Endoskopischer Gelenkeingriff, Kategorie E3	3
31281	Endoskopischer urologischer Eingriff, Kategorie R1	3
01855	Sterilisation der Frau	2
02301	Kleiner operativer Eingriff II	2
31101	Dermatochirurg. Eingriff Kategorie A1	2
31101	Dermatochirurg. Eingriff Kategorie A1	2
31153	Visceralchirurgischer Eingriff, Kategorie F3	2
31272	Urologischer Eingriff, Kategorie Q2	2
31101	Dermatochirurg. Eingriff Kategorie A1	1
31102	Dermatochirurg. Eingriff Kategorie A2	1
31121	Eingriff an Extremitäten Kategorie C1	1
31121	Eingriff an Extremitäten Kategorie C1	1
31121	Eingriff an Extremitäten Kategorie C1	1
31122	Eingriff an Extremitäten Kategorie C2	1
31136	Eingriff an Knochen und Gelenken, Kategorie D6	1
31154	Visceralchirurgischer Eingriff, Kategorie F4	1
31174	Proktologischer Eingriff, Kategorie H4	1
31182	Kardiochirurgischer Eingriff, Kategorie I2	1
31203	Eingriff am Gefässystem, Kategorie K3	1
31203	Eingriff am Gefässystem, Kategorie K3	1
31206	Eingriff am Gefässystem, Kategorie K6	1
31212	Schrittmacher, Kategorie L2	1
31243	Peripherer neurochirurgischer Eingriff der Kategorie O3	1
31244	Peripherer neurochirurgischer Eingriff der Kategorie O4	1
31252	Zentraler neurochirurgischer Eingriff der Kategorie P2	1
31255	Zentraler neurochirurgischer Eingriff der Kategorie P5	1
31271	Urologischer Eingriff, Kategorie Q1	1
31294	Urologischer Eingriff mit Bildwandler, Kategorie RR4	1
31304	Gynäkologischer Eingriff, Kategorie S4	1
Gesamt		**1.103**

APPARATIVE AUSSTATTUNG

	Vorhanden		24 h-Verfügbar	
Bezeichnung	**Ja**	**Nein**	**Ja**	**Nein**
Computertomographie (CT)	x		x	
Magnetresonanztomographie (MRT)	x		x	
Herzkatheterlabor	x		x	
Szintigraphie	x			x
Positronemissionstomographie (PET)		x		x
Elektroenzephalogramm (EEG)	x			x
Angiographie			x	
Schlaflabor		x		x

AUFSTELLUNG DER HÄUFIGSTEN PROZEDUREN (OPS) FÜR DAS GESAMTKRANKENHAUS

Schlüssel	Bezeichnung	Fälle
1-632	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie	2.734
3-200	Native Computertomographie des Schädels	2.449
1-440	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas	1.666
1-275	Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung	1.552
3-05d	Endosonographie der weiblichen Geschlechtsorgane	1.525
1-650	Diagnostische Koloskopie	1.448
8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	1.180
1-207	Elektroenzephalographie (EEG)	1.168
8-522	Hochvoltstrahlentherapie	1.104
8-837	Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen	930
3-225	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	929
3-800	Native Magnetresonanztomographie des Schädels	912
3-701	Szintigraphie der Schilddrüse	868
8-527	Konstruktion und Anpassung von Fixations- und Behandlungshilfen bei Strahlentherapie	830
3-222	Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel	823
9-262	Postpartale Versorgung des Neugeborenen	780
1-208	Registrierung evozierter Potentiale	732
3-802	Native Magnetresonanztomographie von Wirbelsäule und Rückenmark	720
8-390	Lagerungsbehandlung	707
8-931	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf mit Messung des zentralen Venendruckes	703
8-919	Komplexe Akutschmerzbehandlung	591
1-206	Neurographie	577

Schlüssel	Bezeichnung	Fälle
1-444	Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt	572
1-620	Diagnostische Tracheobronchoskopie	553
8-543	Mittelgradig komplexe und intensive Blockchemotherapie	534
8-531	Radiojodtherapie	471
9-260	Überwachung und Leitung einer normalen Geburt	471
8-980	Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur)	453
8-831	Legen, Wechsel und Entfernung eines Katheters in zentralvenöse Gefäße	447
3-705	Szintigraphie des Muskel-Skelettsystems	441
9-310	Phoniatrische Komplexbehandlung organischer und funktioneller Störungen der Sprache, des Sprechens, der Stimme und des Schluckens	427
3-820	Magnetresonanztomographie des Schädels mit Kontrastmittel	423
8-136	Einlegen, Wechsel und Entfernung eines Ureterkatheters	380
3-607	Arteriographie der Gefäße der unteren Extremitäten	344
8-012	Applikation von Medikamenten Liste 1	340
8-542	Nicht komplexe Chemotherapie	338
1-710	Ganzkörperplethysmographie	337
3-605	Arteriographie der Gefäße des Beckens	334
8-701	Einfache endotracheale Intubation	326
8-550	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung	321
1-661	Diagnostische Urethrozystoskopie	315
1-279	Andere diagnostische Katheteruntersuchung an Herz und Gefäßen	305
8-132	Manipulationen an der Harnblase	290
8-137	Einlegen, Wechsel und Entfernung einer Ureterschiene	287
8-854	Hämodialyse	282
3-05a	Endosonographie des Retroperitonealraumes	270
3-20x	Andere native Computertomographie	251
8-810	Transfusion von Plasma und Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen	224
3-70b	Resorptions- und Exkretionstests mit Radionukliden	191
3-614	Phlebographie der Gefäße einer Extremität mit Darstellung des Abflußbereiches	182
Gesamt		**35.037**

ZUSAMMENARBEIT MIT SONSTIGEN EINRICHTUNGEN:

- Standort des Rettungshubschraubers „Christoph 8“
- Ärztliche Besetzung des Rettungshubschraubers
- Notarztbesetzung des bodengebundenen Rettungsdienstes
- Notarztpraxis für die Gesamtversorgung der Stadt Lünen
- Staatlich anerkannte Weiterbildungsstätte in den Fachbereichen Intensivpflege und Anästhesie
- Dialyseeinrichtung durch zwei niedergelassene Nephrologen
- Kooperation mit dem Neonatologischen Zentrum der Vestischen Kinderklinik Datteln
- Kooperation mit niedergelassenen Augen-, Haut- und HNO-Ärzten im Rahmen der konsiliarärztlichen Tätigkeit
- Kooperation mit einer pathologischen Praxis, die sich in einem Gebäude des Krankenhauses befindet
- Kooperation mit niedergelassenen Kardiologen zur ambulanten Nutzung unseres Links-Herzkatheter-Messplatzes
- Kooperation mit einer Psychiatrischen Tagesklinik auf dem Gelände des Krankenhauses
- Arztpraxis eines niedergelassenen Augenarztes im Gebäude der Klinik
- Kooperation mit niedergelassenen Praxsen im Rahmen der ambulanten Operationen und der Anästethesie
- Arztpraxis eines niedergelassenen Onkologen im Gebäude der Klink
- Franchisenehmer und Gesellschafter von Clinotel
- Mitgliedschaft in der AGKAMED-KELM GmbH (**A**rbeits **G**emeinschaft **KA**rdiologie und **MED**izinischer Sachbedarf – **K**rankenhaus-**E**inkauf-**L**ogistik-**M**anagement)

SCHULUNGSEINRICHTUNGEN

- Zentral-Krankenpflegeschule Lünen e.V.
- Gesundheitszentrum „Aktivum!“
- Medizinische Trainings-Therapie
- Elternschule

INNERBETRIEBLICHE FORTBILDUNG FÜR DEN PFLEGEBEREICH

III. QUALITÄTSPOLITIK

Die durch das GMG geschaffenen Rahmenbedingungen machen es erforderlich die im Krankenhaus zur Verfügung gestellten Ressourcen optimal einzusetzen. Ziel aller Anstrengungen muss es sein, den von uns betreuten Patienten eine medizinische Versorgung auf hohem Niveau unter dem Aspekt einer betriebswirtschaftlich effizienten Basis anzubieten um weiterhin zukunftsfähig zu bleiben. Daher ist es unser Ziel, die bislang noch heterogen gestalteten Ansätze der Qualitätspolitik in den kommenden Jahren unter Berücksichtigung der Ressourcen zu vereinheitlichen. Zahlreiche Bemühungen sind schon auf diesem Weg unternommen worden. So zum Beispiel die Zulassung als Brustzentrum, oder die Zertifizierung der Apotheke. Diese Ansätze sollen Stück für Stück sinnvoll weiter ausgebaut werden, so dass ein mittels auch von sogenannten Qualitätskennzahlen geführtes Unternehmen am Ende des Weges steht. Ob die kritische Würdigung von Dekubitusfällen oder aber die vollständige, prozessorientierte Versorgung der Patienten, die Frage, die uns bei allen Unternehmungen leiten muss lautet: Was bedeutet es für unsere Patienten? Sind sie Nutznießer aller Anstrengungen?

IV. AUFBAU DES EINRICHTUNGSINTERNEN QUALTIÄTSMANAGEMENTS

Die Stelle des Qualitätsbeauftragten hat der stellvertretende Geschäftsführer, Herr Matthias Beckmann inne. Eine durchgängige, krankenhausweite Organisation des QM-Systems existiert noch nicht. Hierzu sollen die in den einzelnen Abteilungen auf hohem Niveau durchgeführten Maßnahmen in weiteren Schritten integriert werden. Dazu ist ein Zeitrahmen von etwa drei Jahren vorgesehen. Ziel ist nicht um jeden Preis das Erreichen einer Zertifizierungsplakette sondern die Einführung eines effektiven und von den Mitarbeitern mitgetragenen QM-Systems, welches ungleich schwieriger zu erreichen ist.

Qualitätsbericht 2005

St.-Marien-Hospital Lünen

VERWALTUNG

V. VERWALTUNG

1.	Vorwort	21
2.	Verfasser	21
3.	Basisinformationen	21
3.1.	Inhalte, Auftrag & Ziele	21
3.2.	Organisationsstrukturen, Leitung & Zuständigkeiten	23
3.3.	Personal	24
3.3.1.	Stellenplan & Qualifikationen	24
3.3.2.	Ausbildung & Fachweiterbildung	25
3.3.3.	Traineeprogramme, Praktika & Hospitationen	25
3.3.4.	Lehre, Forschung & Entwicklung	26
3.4.	Serviceangebote, Schwerpunkte & Spezialitäten	26
4.	Technische Ausstattung	28
5.	Qualitätssicherung	34
5.1.	Strukturen & Organisation	34
5.2.	Methoden & definierte Verfahren	34
5.3.	Prozesse	35
5.3.1.	Patientenversorgung	35
5.3.2.	Mitarbeiter	41
5.3.3.	Sicherheit & Umwelt	45
5.3.4.	Datenschutz & Datensicherheit	49
5.3.5.	Organisation, Führen & Leiten	54
5.3.6.	Externe Beziehungen & Netzwerke	57
5.3.7.	Externe Daten, Vergleiche & Benchmarking	59
5.3.8.	Controlling, Investitions- & Finanzmanagement	60
5.3.9.	Einkaufsmanagement, Logistik & Verträge	70
6.	Weitergehende Informationen	72
7.	Schlüsselergebnisse	72
8.	Zusammenfassung & Ausblick	72

1. VORWORT

Siehe Kapitel I.

2. VERFASSER

An der Erstellung des Qualitätssicherungsberichtes Verwaltung 2005 waren beteiligt:

- Bernhard Balmann, Kaufmännischer Bereich I
- Matthias Beckmann, Kaufmännischer Bereich II
- Ina Broß, Medizin-Controlling
- Werner Göke, Controlling
- Michael Goepfert, Technik
- Annemarie Haude-Erhardt, Patientenverwaltung/Kostensicherung
- Norbert Peters, Einkauf/Warenwirtschaft
- Ralf Plomann, EDV
- JochenRitter, Controlling/Öffentlichkeitsarbeit/Beschwerdemanagement/ Betriebliches Vorschlagswesen
- Ute Roller, Rechnungswesen
- Annelis Rühling, Kaufmännischer Bereich III
- Barbara von Donat, Medizin-Controlling
- Axel Weinand, Verwaltungsdirektor
- Michael Wulf, Gastronomie und Service

3. BASISINFORMATIONEN ZUR VERWALTUNG

3.1. INHALTE, AUFTRAG & ZIELE

Krankenhäuser befinden sich in einem politischen und sozialen Umfeld, dass sich durch einen ständigen und immer schnelleren strukturellen Wandel mit sich ständig ändernden gesetzlichen Rahmenbedingungen, höherem Anspruchsdenken der stationären und ambulanten Patienten sowie neuen Wünschen und Bedürfnissen der einweisenden niedergelassenen Haus- und Fachärzte auszeichnet. Diese Veränderungen beziehen sich sowohl intern auf das St.-Marien-Hospital als auch extern auf Patienten, niedergelassene Ärzte, Krankenkassen und alle weiteren Leistungsträger im Gesundheits- und Sozialwesen. In diesem stetigen Wandel ist es Aufgabe der Krankenhausverwaltung, die Organisation und die Strukturen zu schaffen, aktuell gültiges Recht und aktuell gültige Routineverfahren zu regeln und für alle Beteiligten sicher umzusetzen. Parallel dazu hat die Verwaltung in Zusammenarbeit mit allen Mitarbeitern des Hauses dafür zu sorgen, dass das St.-Marien-Hospital auf oben beschriebene Wandlungen mit zukunftssichernden Strukturen durch erfolgreiches „Change Management“ agiert und reagiert, um die Existenz des St.-Marien-Hospitals und der damit verbundenen Arbeitsplätze dauerhaft zu sichern.

Für den Routinebetrieb hat die Verwaltung intern die Rahmenbedingungen zu schaffen, damit die an der direkten und indirekten Versorgung der Patienten beteiligten Mitarbeiter die benötigten Ressourcen in der jeweils benötigten Qualität

und Menge zur Verfügung haben. Für den Krankenhausträger hat die Verwaltung dafür zu sorgen, dass die wirtschaftliche Existenz des St.-Marien-Hospitals auf Dauer gesichert bleibt. Daraus ergeben sich folgende Kernziele:

- Erhaltung der Wirtschaftlichkeit
- effiziente Organisation
- Erhalt und Ausbau der Kernkompetenzen
- Ausbau des St.-Marien-Hospitals zum Gesundheitszentrum
- Ständige Verbesserung der Qualität der im St.-Marien-Hospital erbrachten Leistungen
- Erhaltung der bestehenden Arbeitsplätze
- Ausbau des St.-Marien-Hospitals zu einem interessanten und attraktiven Arbeitgeber

Aus den Kernzielen ergeben sich für die Verwaltung des St.-Marien-Hospital folgende Ziele:

- Effizientes Beschaffungswesen im Bereich der Investitionen und der Verbrauchsgüter
- Effiziente Personalbeschaffung, -entwicklung und -abrechnung sowie Entwicklung von Motivationsanreizen für die Mitarbeiter des St.-Marien-Hospitals
- Regelmäßiges Berichtswesen auf die Bedürfnisse der jeweiligen Entscheider und Verantwortlichen abgestimmt
- Einführung eines effizienten Qualitätsmanagements zur Verbesserung der Leistungen am Patienten und der Serviceleistungen der Verwaltung für die am „Produktionsprozess“ beteiligten Mitarbeiter
- Aufbau und Verbesserung einer effektiven und zielorientierten Kommunikationskultur und – struktur
- Transparente, kooperative, fürsorgliche, teamfähige Führungskultur der leitenden Mitarbeiter der Verwaltung
- Vorbildfunktion der leitenden Mitarbeiter der Verwaltung
- Benchmarking
- Öffentlichkeitsarbeit

3.2. ORGANISATIONSSTRUKTUREN, LEITUNG & ZUSTÄNDIGKEITEN

Die Organisationsstruktur lässt sich bis zum 31. Dezember 2005 wie folgt darstellen:
Träger des St.-Marien-Hospitals Lünen ist die Stiftung St.-Marien-Hospital in Lünen. Der Träger wird vertreten durch das Kuratorium des St.-Marien-Hospitals Lünen. Das Kuratorium setzt sich zum 31. Dezember 2005 aus folgenden Personen zusammen:

- Hans Krämer, 1. Vorsitzender
- Josef Althoff
- Günter Klencz
- Gerhard Molitor
- Gerd Pehle, stellv. Vorsitzender
- Pfr.i.R. Walter Rensing (bis Februar)
- Pfr. Axel Heinekamp (ab März)
- Dr. Karl Schürmann
- Annette Dröge-Middel

Der Geschäftsführer führt die laufenden Geschäfte nach der vom Kuratorium gegebenen Geschäftsordnung. Insoweit ist er zur alleinigen Vertretung der Stiftung berechtigt. Er ist dem Kuratorium verantwortlich und an seine Weisungen gebunden. Die Aufgabe des Geschäftsführers hat zum 31.12.2005 der Verwaltungsdirektor Axel Weinand inne.
Die laufenden Geschäfte werden von der Betriebsleitung gemeinsam geführt. Zum 31.12.2005 bilden Herr Axel Weinand als Verwaltungsdirektor, Frau Marie-Luise Stoverock als Pflegedienstleitung, Herr Prof. Harald Mattern als Ärztlicher Direktor und Herr Dr. Thomas Fährenkemper als stellv. Ärztlicher Direktor die Betriebsleitung (siehe Organigramm Verwaltung).
Der Bereich Verwaltung ist direkt dem Verwaltungsdirektor unterstellt und ist in drei Geschäftsbereiche unterteilt, Herr Beckmann als stellvertretender Verwaltungsdirektor vertritt den Verwaltungsdirektor in Abwesenheit:

- Kaufmännischer Bereich I: Patientenmanagement mit stationärer und ambulanter Leistungsabrechnung, Rechnungswesen mit Buchhaltung sowie Kaufmännisches und Medizinisches Controlling (Leitung Bernhard Balmann)
- Kaufmännischer Bereich II: Beschaffung, EDV, Küche, Technik (Leitung Matthias Beckmann)
- Geschäftsbereich Personal (Leitung Annelies Rühling)

3.3. PERSONAL
3.3.1 STELLENPLAN & QUALIFIKATIONEN

GESCHÄFTSFÜHRUNG

Die Position der Geschäftsführung ist durch den Verwaltungsdirektor und Geschäftsführer des Kuratoriums, Herrn Axel Weinand, besetzt. Als Führungskraft der ersten Ebene ist er dem Kuratoriumsvorsitzendem, Herrn Hans Krämer, unterstellt. Die Leitungen des kaufmännischen, klinischen und pflegerischen Bereichs sowie das Sekretariat sind ihm direkt, alle übrigen Mitarbeiter des St.-Marien-Hospitals indirekt unterstellt. Aufgaben, Zuständigkeiten, Kompetenzen etc. sind in der Geschäftsordnung für die Geschäftsführung definiert. Eine Stellenbeschreibung für die Geschäftsführung existiert – auch im Entwurf – nicht. Ein abgeschlossenes Studium und langjährige Berufs- und Leitungserfahrung sind jedoch zwingende Voraussetzungen für die Besetzung dieser Position.
Herr Weinand ist Industriekaufmann und hat den Hochschulabschluss eines Diplom-Ökonoms.

KAUFMÄNNISCHER BEREICH I–FINANZEN, CONTROLLING, PATIENTENVERWALTUNG

- Herr Bernd Balmann hat seit 2002 die Leitung des Bereichs übernommen. Als Mitglied der zweiten Führungsebene (Bereichsleitung) ist er der Geschäftsführung direkt unterstellt. Ihm unterstellt sind die Abteilungen kaufmännisches und medizinisches Controlling, Finanz- und Rechnungswesen, ambulante Abrechnung und Patientenverwaltung.

Herr Balmann hat ein Studium „Betriebswirtschaftslehre in Einrichtungen des Gesundheitswesens“ mit Abschluss Diplomkaufmann (FH) absolviert und hat darüber hinaus nachstehende Zusatzqualifikationen:

- Akkreditierung zum KTQ-Visitor am 12.04.2002, bisher sechs Visitationen durchgeführt

KAUFMÄNNISCHER BEREICH II – TECHNIK, SERVICE, ORGANISATION, EDV

- Matthias Beckmann ist Leiter des Kaufmännischen Bereichs II und Stellvertreter des Verwaltungsdirektors. Er ist als Mitglied der zweiten Führungsebene (Bereichsleitung) der Geschäftsführung direkt unterstellt. Ihm unterstellt sind die Abteilungen EDV/Organisation, Einkaufs-/Wirtschaftsabteilung, Gastronomie und Service sowie die Technische Abteilung.

Herr Matthias Beckmann hat ein Studium „Bauingenieurwesen“ mit Abschluss Dipl.-Ing. absolviert und hat darüber hinaus Zusatzqualifikationen.

KAUFMÄNNISCHER BEREICH III – PERSONAL

- Frau Annelis Rühling ist Leiterin des Bereichs Personal. Sie ist als Mitglied der zweiten Führungsebene (Bereichsleitung) der Geschäftsführung direkt unterstellt. Ihr unterstellt sind alle Stelleninhaber der unter 3.2 aufgeführten Bereiche.

Frau Annelis Rühling ist Industriekauffrau mit langjähriger Berufserfahrung.

3.3.2. AUSBILDUNG & FACHWEITERBILDUNG

ZIEL

Im Rahmen der Personalbeschaffung und Personalentwicklung sollen gezielt Nachwuchskräfte ausgebildet werden womit auch den politischen Anforderungen genüge getan werden soll.

VORGEHEN

Das St.-Marien-Hospital Lünen bietet folgende kaufmännische Ausbildungen an:

- Ausbildung zum/r Informationskaufmann/-frau
- Ausbildung zur/zum Bürokauffrau/-mann

ERGEBNIS

Personalbeschaffungskosten und Einarbeitungskosten werden verringert, wenn über die Ausbildungsplätze junges Personal qualifiziert wird. Gleichzeitig wird eine hohe Spezialisierung von Nachwuchskräften erreicht. Die Altersstruktur wird aktiv nach unten verlagert. Mitarbeiter, die in Ruhestand oder Freistellungsphase der Altersteilzeit eintreten, können gezielt durch Übernahmen von Auszubildenden ersetzt werden.

3.3.3. TRAINEEPROGRAMME, PRAKTIKA & HOSPITATIONEN

Das St.-Marien-Hospital Lünen bietet vielfältige Möglichkeiten zur Ableistung von freiwilligen oder vorgeschriebenen Berufspraktika. Das St.-Marien-Hospital Lünen pflegt Partnerschaften mit verschiedenen Einrichtungen und Bildungsträgern (Lippe-Berufskolleg in Lünen, Fachbereich Gesundheit Kreis Unna, Berufsförderungswerk Dortmund, Universität Münster, Deutsche Angestellten-Akademie in Dortmund). Die hierfür erforderlichen Vereinbarungen werden direkt zwischen den Bildungseinrichtungen und dem St.-Marien-Hospital Lünen getroffen. Die Koordination erfolgt durch die Personalabteilung. Eingehende Bewerbungen für Praktika (auch durch Vermittlung seitens des Arbeitsamtes) werden durch den Bereich Personal bzw. die angeschriebenen Abteilungsleitungen überprüft. Abhängig von Bedarf und Qualifikation der Bewerber wird mehrwöchigen Praktika zugestimmt.

3.3.4. LEHRE, FORSCHUNG & ENTWICKLUNG

ZIEL

Durch Mitgliedschaften und Tätigkeiten der Mitarbeiter des St.-Marien-Hospitals in verschieden Institutionen, Verbänden und Bildungsträgern soll eine intensive Zusammenarbeit mit externen Einrichtungen gefördert werden.

VORGEHEN

Viele Mitarbeiter des St.-Marien-Hospitals sind außerhalb Ihres Dienstes für verschiedene Bildungsträger und Institutionen tätig. Das St.-Marien-Hospital begrüßt und fördert solche Aktivitäten ausdrücklich und gewährt teilweise Freistellungen hierfür.
Der Verwaltungsdirektor und der stellv. Verwaltungsdirektor sind Mitglied im Verband der Krankenhausdirektoren Deutschlands e.V. (VKD) .

ERGEBNIS

Die Ausbildung und Personalentwicklung im eigenen Hause wird positiv beeinflusst und laufend auf aktuellen Standards gehalten. Teilweise kann auf Ausbildungsinhalte der Bildungsträger Einfluss genommen werden.

3.4. SERVICEANGEBOTE, SCHWERPUNKTE & SPEZIALITÄTEN

AUSGANGSSITUATION

Im St.-Marien-Hospital werden die nachfolgenden Serviceangebote von Verwaltung in Zusammenarbeit mit den entsprechenden Fachabteilungen koordiniert und organisiert.

ZIEL

Das Ziel der unterschiedlichen Serviceangebote ist es, auf die Bedürfnisse der Patienten und der medizinisch interessierten und gesundheitsbewussten Bürger einzugehen, den Kontakt zu ihnen zu pflegen, sie kontinuierlich über die Leistungsschwerpunkte des St.-Marien-Hospitals zu informieren und ihnen in Form von Veranstaltungen und Kursen medizinische, pflegerische und soziale Kompetenz zur Verfügung zu stellen.
Das Aktivum! des St.-Marien-Hospitals ist eine medizinische Einrichtung für Rehabilitation und Prävention. Das Aktivum! besteht aus zwei Säulen: Die Medizinische Trainingtherapie wurde 2004 errichtet und ist mit neuen und hochmodernen Trainingsgeräten ausgestattet. Sie bietet nach ärztlicher Eingangsuntersuchung individuell abgestimmte Herz- und Kreislauf-Trainingskonzepte. Zwischenzeitlich nutzen ca. 250 zahlende Mitglieder regelmäßig das Angebot der Medizinischen Trainingstherapie. Als zweite Säule veranstaltet das Aktivum! kostenpflichtige Gesundheitskurse, wie beispielsweise Aquafitness, rückengerechtes Gerätetraining, Baby- und Rückenschwimmen und Entspannung (87 Kurse mit

ca. 825 Teilnehmern 2005). Darüber hinaus werden unter dem Dach des Aktivum! monatlich stattfindende Gesundheitsdialoge zu diversen medizinischen Themen organisiert, die von gesundheitsinteressierten Bürgern kostenfrei besucht werden können. Referenten der Gesundheitsdialoge sind in der Regel Chef- und/oder Oberärzte des St.-Marien-Hospitals, aber auch teilweise niedergelassene Ärzte. 2005 wurden folgende Gesundheitsdialoge angeboten, an denen insgesamt ca. 1.700 gesundheitsinteressierte Zuhörer teilnahmen:

- Osteopathie
- Tumoren des Nervensystems
- Zusatztermin Osteopathie
- Diabetes mellitus
- Wenn die geistigen Kräfte nachlassen
- Bluthochdruck – die schmerzlose Gefahr
- Durchblutungsstörung der Beine
- Rationelle Diagnostik und Therapie der Migräne
- Prostatakrebs – realistische Chance und Möglichkeit
- Harnschwäche – ein Thema über das Frau ungern spricht
- Leben mit dem Kunstgelenk

- Vermietung von Räumlichkeiten, z. B. Bewegungsbäder, Räume für das Diabeteszentrum des Ärzteverein Lünens, Elternschule
- Organisation eines Netzes der integrierten Versorgung (Brustzentrum Lünen, DMP Programme Brustkrebs, KHK, Diabetes, diverse Verträge zur integrierten Versorgung werden angestrebt)
- Ausrichtung von Tagungen, Sitzungen, Kongressen
- Unterbringung (mit Frühstück) von Angehörigen im angegliederten Wohnheim (auf Nachfrage und abhängig von der Verfügbarkeit von Appartements, alternativ Empfehlung nahe gelegener Hotels); gegen die Entrichtung eines Entgeltes, das sich am Tagessatz mit Vollverpflegung bemisst, ist die Unterbringung von Begleitpersonen auch im Patientenzimmer möglich; die Unterbringung erfolgt unentgeltlich, wenn eine medizinische Verordnung vorliegt, z. B. bei der Behandlung kranker Kinder
- Kiosk, Cafe Vital (nicht nur für Patienten, Besucher und Mitarbeiter)
- Öffentliche und Patientenbücherei
- Katholische und evangelische Seelsorge, Verabschiedungsraum
- Abteilungsbroschüren informieren Patienten über die Leistungsschwerpunkte und die personelle Ausstattung der medizinischen Abteilungen; es existiert für jede medizinische Abteilung im St.-Marien-Hospital eine Abteilungsbroschüre

5. TECHNISCHE AUSSTATTUNG

BETRIEBSTECHNIK

Die Abteilungen/Bereiche Technik und Medizintechnik fallen in die Zuständigkeit des Kaufmännischen Bereiches II

- **Allgemeine Daten**:
  Inbetriebnahme wesentlicher Gebäude des St.-Marien-Hospitals
  A-Bau 1970, B-Bau 1983, C-Bau 1961, D-Bau 1973, von-Wieck-Haus (F-Bau) 2003, OP-Erweiterung 2004,
  Gebäudestruktur: Breitfuß mit Untergeschoss Erdgeschoss und 1. Obergeschoss, Bettenhochhaus
  Nutzfläche (nach DIN 277): 47.731,07 m²
  Anzahl der Räume: 2.690
  Grundstück insgesamt: 114.000 m²
  davon bebaute Fläche: 17.860 m²
  Parkplatzfläche für 518 PKW,
  Außenanlage mit Patientengarten,
  Hubschrauberlandeplatz .
- **Wärmeversorgung**: Wärmeversorgung für statische Heizung über Fernwärmeeinspeisung von den Stadtwerken Lünen GmbH. Eigene Unterstationen im Haupthaus, E-Bau, F-Bau (von-Wieck-Haus), Wohnhäuser.
- **Stromversorgung**: Für die Stromversorgung des Krankenhauses stehen vier eigene Transformatoren zur Verfügung. Die Einspeisung erfolgt mittelspannungsseitig mit 10 kV. Im Technikgebäude, A-Bau und B-Bau Untergeschoss befinden sich zentrale Elektroverteilerräume. Bei Ausfall der allgemeinen Stromversorgung übernimmt ein **Notstromaggregat** die Stromversorgung. Für die OP-Leuchten steht eine unterbrechungsfreie **besondere Sicherheitsstromversorgung** zur Verfügung.
- **Dampfversorgung**: Eigendampferzeugung als Rohdampf mittels heizölbefeuerten Hochdruckdampfkesseln. Über Reindampfumformer wird der Hochdruckdampf für die Sterilisatoren erzeugt. Die vorhanden Dampferzeugung wurde mit der Erstellung des Hauptbaukörpers 1970 in Betrieb genommen. Viele von den seinerzeit vorhandenen Dampfverbrauchern sind nicht mehr angeschlossen. Dies waren die Wäscherei, die Küche, die Bettenzentrale und die Dampfbefeuchtung. Die bestehende Dampferzeugungsanlage ist für den noch bestehenden Bedarf deutlich zu groß dimensioniert. Es ist geplant, diese stillzulegen. Ausschließlich die Sterilisatoren benötigen noch Dampf für den Betrieb. Es sollen zwei neue Sterilisatoren beschafft werden. Diese erzeugen den erforderlichen Dampf in elektrisch betriebenen Eigendampferzeugern.
- **Wasserversorgung**: Die Einspeisung der Trinkwasserversorgung erfolgt durch die Stadtwerke Lünen GmbH. Der F-Bau hat eine eigene unabhängige Wassereinspeisung.

- **Warmwassererzeugung**: Das Warmwasser wird für das Krankenhaus in eigenen Warmwassererzeugern, welche mit Fernwärme beheizt werden, erzeugt. Alternativ ist eine Beheizung mittels Fernwärme möglich. Von den Stadtwerken Lünen betriebene Warmwassererzeugungsanlagen gibt es für den E-Bau, den F-Bau und die Wohnhäuser.
- **Wasseraufbereitung**: Für die Bereitstellung von enthärtetem und vollentsalztem Wasser werden eigene Aufbereitungsanlagen betrieben.
- **Raumlufttechnik**: Zur Versorgung mit frischer Raumluft, bzw. zum Austausch verbrauchter, mit Schadstoffen belasteter Raumluft sind ca. 100 Zu- und Abluftanlagen installiert. Zentrale Luftansaugungen für den B-Bau sind im 10. Obergeschoss, für den A-Bau am Ansaugturm im Technikgebäude und für die OP-Erweiterung in einer neuen Technikzentrale im 2. Obergeschoss vorhanden. Einzelne Lüftungsanlagen sind als Klimaanlagen ausgestattet.
- **Kommunikationstechnik**: Für die betriebliche und patientenbezogen Telefonie ist eine eigene Telefonanlage installiert. Diese befindet sich im 10. OG des A-Baus. Ein abgesetzter selbstständiger Anlagenteil ist im E-Bau UG installiert. Ein zentraler Schwachstromverteiler befindet sich im EG des A-Baus neben der Telefonzentrale. In allen Patientenzimmern sind Fernseher installiert.
- **Lichtrufanlage / Schwesternrufanlage/Patientenrufanalage/ELA**: Zur Kommunikation zwischen pflegerischen bzw. medizinischen Personal und den Patienten ist eine Patientenrufanlage in allen Pflege- und Untersuchungsbereichen installiert. Alle wesentlichen in den vergangenen Jahren renovierten Bereiche sind mit dieser Anlage ausgestattet. In den zugehörigen Flurbereichen sind Lautsprecher installiert. Hierüber erfolgen im Bedarfsfall Durchsagen an Pflegekräfte oder Patienten. Der zentrale Bedienplatz befindet sich im EG des A-Baus innerhalb des Arbeitsbereiches Telefonzentrale/COM-Center.
- **Brandschutz**: Neben umfangreichen baulichen Brandschutzmaßnahmen, wie Brandschutztüren oder Brandschutzklappen in Lüftungsanlagen ist eine flächendeckende Brandmeldeanlage installiert. Hierüber sind alle wesentlichen Flure, Stationsleitungszimmer, selten begangene Räume und Räume mit besonderen Gefahren abgedeckt. Bei aktuellen Erweiterungen/ Umbaumaßnahmen werden nahezu alle Räume mit automatischen Brand- bzw. Raummeldern ausgestattet.
- **Medizinische Gase**: Zur Versorgung mit medizinischen Gasen ist eine eigene Druckluft - und Vakuumversorgung installiert. Die Sauerstoffversorgung wird über einen Flüssiggassauerstofftank gedeckt.
- **Aufzuganlagen**: Zum vertikalen Transport werden 18 Aufzuganlagen betrieben.
- **Gebäudeleittechnik**: Zur Überwachung, Alarmierung, Regelung und Zeitsteuerung wird eine Gebäudeleittechnik mit graphischer Benutzeroberfläche betrieben. Hier sind alle wesentlichen betriebs-technischen-und einige medizintechnische Anlagen angeschlossen.

- **Kochgeräte**: Alle Kochgeräte zum Betrieb einer Großküche mit der Möglichkeit der externen Belieferung sind vorhanden. Diese werden ausschließlich mit elektrischer Energie versorgt.

MEDIZINTECHNIK

- Diese Aufstellung beinhaltet die herausragenden medizintechnischen Geräte.
- Magnet-Resonanz-Gerät (in Kooperation mit einer niedergelassenen radiologischen Praxis)
- Computertomograph
- Digital-Subtraktionsangiograph
- Digitalisiertes Röntgen
- Digitale Bildbearbeitung
- Linksherzkathetermessplatz
- Sonographie
- Endoskopie
- OP-Navigationssystem
- Gammakameras (Nuklearmedizin)
- Linearbeschleuniger
- Lithotrioptor (Urologie)
- Anlagen zur zentralen Aufbereitung von Medizinprodukten

EDV

In nahezu allen Unternehmensbereichen kommen EDV basierte Verfahren zur Anwendung. Die EDV - Abteilung des St.-Marien-Hospital Lünen, ist primär verantworlich für alle Systeme die Unternehmens- und Patientenadministrative Daten verarbeiten. Die Mitarbeiter der Abteilung sind in den Bereichen Anwenderbetreuung und Systemtechnik tätig. Die EDV - Abteilung versucht in allen Belangen die Ratschläge des Bundesamtes für Sicherheit in der Informationstechnologie (BSI) zu berücksichtigen.

AUSSTATTUNG

Die EDV - Abteilung legt in allen unternehmenskritischen Verfahren gesteigerten Wert auf redundanten Einsatz der verfügbaren Hardware. Dadurch kam es seit Bestehen der Abteilung noch zu keinen kritischen Systemausfällen oder Datenverlusten.

SERVER

Derzeit sind 23 produktive Server im Einsatz. Die Server stehen an zwei verschiedenen Standorten und somit in verschiedenen Brandabschnitten ,beide Standorte sind redundant über verschiedene Kabelwege an das Datennetz angebunden und mit dem Notstrom Diesel Generator der Technischen Abteilung verbunden. Alle Server sind zusätzlich über Unterbrechungsfreie Stromversorgungen (USV) abgesichert.

Vorzugsweise werden Intel basierte Server in 19" Rack Technologie verwendet. Als Betriebssysteme kommen die Produkte Microsoft Windows (NT4,2000,2003) in den Varianten Standard bis Advanced sowie Linux (Debian,Suse) und Informix zum Einsatz.
Die Server werden Hard- und Softwareseitig durch die EDV - Abteilung oder unterstüzend durch externe Dienstleister mit verschiedenstufigen Wartungsverträgen betreut.

PC ARBEITSPLÄTZE

Derzeit sind 362 PC Arbeitsplätze im Haus in allen Bereichen im Einsatz, bis auf wenige Ausnahmen sind alle Geräte an das lokale Datennetz angebunden. Es werden PC Systeme mit den Betriebssystemen Microsoft Windows (NT4, 2000 und XP) verwendet. Es werden CRT und TFT Monitore eingesetzt. Neuinstallationen werden ausschließlich ab 17" Bildschirmgröße ausgestattet. Alle Workstations sind unternehmensweit per Fernwartung erreichbar. Alle Workstations können per Softwareverteilung zentralisiert upgedatet werden. Externe Datenträger wie Disketten, CD - ROMs oder Speichersticks sind für normale Anwender deaktiviert. Anwender - PCs und deren Benutzerkonten sind stark in ihren Berechtigungen eingeschränkt.
Die PC - Endgeräte werden allein durch die EDV - Abteilung betreut.

PERIPHERIE

Zu den Eingesetzten Peripheriegeräten gehören Laser- und Tintenstrahl Drucker, Bildscanner, Barcodescanner, PALM & Pocket PCs sowie Beamer.

NETZWERK

Das Datennetz basiert auf einer Glasfaser- und Kupferverkabelung. Wobei Glasfaserstrecken hauptsächlich als Backbone - Leitungen zum Einsatz kommen. Die aktiven Komponenten des LAN werden unter Verwendung der Ethernet und FDDI Technologie auf dem Netzwerkprotokoll TCP/IP gefahren. Alle Netzwerk unterverteilungen sind mit USV - Technologie ausgestattet. Hauptverteiler verfügen über redundante Netzteile sowie redundante Datenanbindungen. Das Netzwerk wird zentral mittels einer Netzwerkverwaltungssoftware administriert. Externe Netze (Internet, VPNs) werden mittels Firewall Technologie abgesichert.
Externe IP Verbindungen bestehen zu:

- Internet (Sekundäres Netzwerk getrennt von allgemeinen PCs)
- VPN: Clinotel, Medicforma, Radiologischer Bereichtschaftsdienst (per UMTS)
- VPN: EDV Bereitschaftsdienst (per UMTS)
- VPN: Rechenzentrum Vollmarstein AG
- ISDN (CAPI) Verbindungen z. B. für PC-Anywhere Fernwartungen diverser Systempartner

SOFTWARE

EINGESETZTE HAUPTSOFTWARE IM BEREICH “BÜRO ANWENDER”:

- Microsoft Office, Openoffice, SAP R/3(MM,FI,CO), Intranet Portal

EINGESETZTE HAUPTSOFTWARE IM BEREICH “KLINISCHE ANWENDER”:

- Office Produkte, SAP R/3 (I-SH), CYMED(KIS,RIS), SECTRA IDS5(PACS),

  OSM OPUS (Labor), Intranet Portal, CSG Timeoffice (Dienstplan)
  Medicforma

EINGESETZTE HAUPTSOFTWARE IM BEREICH “TECHNISCHE ANWENDER”:

- Office Produkte, SAP (PM), AUTODESK Autocad, Coreldraw, Siemens Himed, Intranet Portal

Unternehmensweit wird Microsoft Outlook basierend auf Microsoft Exchange verwendet.
Insgesamt betreut die EDV - Abteilung mehr als 70 verschiedenen Softwareprodukte verschiedenster Hersteller.

ANWENDERBETREUUNG

Die Anwendungsbetreuung besteht wechselnd aus 2-3 Personen die anfallende Anwenderfragen und Meldungen über eine EDV - Hotline bzw. ein Intranetforumlar (Trouble Ticket System, Casenummer) abwickelt. Ihre Aufgabe ist in erster Linie der First-Level-Support. Die Hotline steht werktags zwischen 07.30 und 16.00 Uhr zur Verfügung.

SYSTEMTECHNIK

Die Systemtechnik ist verantwortlich für Wartung, Betrieb, sowie Anpassung und Integration alter und neuer Verfahren. Die Systemtechnik bildet außerdem den Second-Level-Support als Unterstüzung der Anwenderbetreuung.

EDV SICHERHEIT

STANDORTE

Server und Verteilerräume sind nur für einen eingeschränkten Personenkreis betretbar.
Fremdtechniker müssen sich anmelden und erhalten einen Mitarbeiter der EDV Abteilung als Begleiter zur Seite gestellt. Umweltparameter (Temperatur/ Luftfeuchtigkeit/Brand) des Hauptserverraums werden überwacht.

SYSTEM ALLGEMEIN

Neben der erwähnten Firewall Technologie kommen Antiviren und Contentscanner

(Mailgateway) zum Einsatz.
Unternehmenskritische Geräte, Räume und Verfahren werden per zentraler Überwachungssoftware "beobachtet". Sobald sich eine Prozess aus den Normalparametern bewegt wird die EDV - Abteilung per E - mail und SMS informiert.

DATENSICHERUNG

Alle produzierten Daten werden zentralisiert auf Servern gespeichert. Dateien auf Arbeitsplätzen fallen nicht an bzw. werden automatisiert auf Server Storage übertragen.
Der Server - Speicher ist durch die Verfahren Raid 1, Raid 5 gegen Hardware - ausfälle abgesichert. Teilweise werden Speichersysteme per SAN Technologie angebunden. Um Ausfallzeiten bei defekten Festplatten zu verhinden werden Hotplugg Festplatten eingesetzt.
Eine Sicherung der Daten erfolgt

- auf Datenbändern (SDLT/DLT/DAT) sowie auf DVD, Autoloader (z.B. f. PACS)
- auf mehrfachen Bandsätzen die rotierend eingesetzt werden (Mo.-Fr., 1-5 Wochen)
- auf Onlinespeicher im anderen Standort
- Täglich, volles Datenbackup
- Täglich, Systembackup der Server
- Konfigurationssicherung von komplexen Endgeräten via IMAGE Technologie
- bei Bedarf manuell

Die Rücksicherung von Datenbändern und der eingesetzten Verfahren wird unregelmäßig überprüft, vor allem aber jedoch vor und nach Systemveränderungen.
Die Datensicherungen auf Datenträgern werden an verschiedenen Standorten in Tresoren gelagert.

STÖRUNGS-, NOTFALLKONZEPT

Unternehmenskritsiche Anwendung wie z. B. Radiologie und Labor sind manuell anwendbar. Die Konzepte werden insbesondere bei Systemwartungen erprobt und verbessert. An Wochenenden steht eine Systemüberwachung (Vordergrund und Hintergrund Techniker) bereit, die zu festgelegten Zeitpunkten eine Liste mit zu kontrollierenden Systemzuständen per Fernwartung mittels eines Notebooks (UMTS-VPN Anbindung) überprüft. Aufgelaufene Fehler werden nach Möglichkeit sofort remote oder notfalls vor Ort gelöst. Anwender haben die Möglichkeit Meldungen per Mailbox oder Online - Formular in der EDV - Abteilung zu hinterlassen.

ZUGRIFFSBERECHTIGUNGEN

Anwender erhalten jeweils nur Zugriff auf die für sie relevanten Daten.
Es wird ein mehrstufiges Anmeldekonzept verwendet, basierend auf klassischen Benutzer - und Kennwortverfahren. Teilweise werden Zugriffe auf Datenbestände protokolliert.

Bis auf wenige Ausnahmen erfolgt der Zugriff auf alle System personenbezogen. Gruppenzugänge werden wenn möglich beim veränderenden Zugriff auf Daten vermieden.

5. QUALITÄTSSICHERUNG

5.1. STRUKTUREN & ORGANISATION

Im Rahmen der Erfüllung des Versorgungsauftrages hat das St.-Marien-Hospital für sich selbst einen hohen Qualitätsanspruch gesetzt. Dieser Anspruch lässt sich auf zwei Qualitätsziele reduzieren, deren Erreichung integraler Bestandteil sämtlicher Prozesse und Handlungen im St.-Marien-Hospital ist und somit unsere Arbeit für den Patienten definiert: hohe medizinische Ergebnisqualität und Zufriedenheit der Patienten. Diese Qualitätsziele wurden in der Vergangenheit intern kommuniziert, jedoch nicht dokumentiert. Gesetzliche Anforderungen und der zunehmende Konkurrenzdruck zwingen uns nun dazu, die gelebte Qualität darzustellen und für Dritte zu objektivieren. Hierzu dient eine Zertifizierung, die in Teilbereichen des St.-Marien-Hospital bereits durchgeführt wurde bzw. bald bevorsteht. Die Apotheke des St.-Marien-Hospital wurde erfolgreich nach DIN ISO 9001 und der Küchenbereich nach HACCP zertifiziert. Ende 2005 ist das neue Brustzentrum nach DIN ISO 9001:2000 und nach den Kriterien der Deutschen Gesellschaft für Senologie/Deutsche Krebsgesellschaft zertifiziert worden.
Voraussichtlich werden wir im Jahr 2008 eine Zertifizierung des gesamten St.-Marien-Hospital nach DIN ISO 9001 durchführen, wobei wir die Zertifizierung nicht als reinen Selbstzweck sehen, sondern als Grundlage, Prozessstrukturen nach ökonomischen und qualitativen Gesichtspunkten zu reorganisieren.
Vor diesem Hintergrund haben mehrere Mitarbeiter des St.-Marien-Hospitals zur Vorbereitung auf die Einführung eines Qualitätsmanagementsystems an entsprechenden Schulungsmaßnahmen teilgenommen. Über die Benennung von Qualitätsbeauftragten soll im Laufes des Jahres 2006 in Verbindung mit dem Einstieg in das Thema strukturiertes Qualitätsmanagement/Zertifizierung entschieden werden. Gleiches gilt für die Einrichtung von Arbeitsgruppen.

5.2. METHODEN & DEFINIERTE VERFAHREN

Das St.-Marien-Hospital hat in der jüngsten Vergangenheit mehrere Großprojekte mit interdisziplinärer Beteiligung und mehreren Arbeitgruppen erfolgreich durchgeführt, wie z.B. größere Baumaßnahmen oder die Einführung eines RIS-PACS-Systems. Das St.-Marien-Hospital verfügt somit über qualifizierte Mitarbeiter, die ein effizientes Projektmanagement gewährleisten. Damit ist eine zeitoptimierte und zielgerichtete Durchführung von Projekten -so auch für die Einführung eines Qualitätsmanagementsystems - sichergestellt.

5.3. PROZESSE
5.3.1. PATIENTENVERSORGUNG
5.3.1.1. ALLGEMEINE INFORMATIONEN

STATIONÄRE ADMINISTRATIVE PATIENTENAUFNAHME

GRÜNDE/ZIELE

- Gesetzliche Bestimmung
- Hohe Patientenzufriedenheit
- Vollständige Erfassung der Patientendaten für abrechnungsrelevante und statistische Zwecke

VORGEHEN

- Besetzung
- Stationäre Aufnahme: Montags bis donnerstags durchgängig zwischen 07:00 und 15:30 und freitags von 07:00 bis 14:00,
- in der Zeit ab 14:00 bzw. ab 15:30 bis 21:00 erfolgt die Aufnahme durch die „Information".
- Außerhalb dieser Öffnungszeiten werden Patienten in den jeweiligen Chefarzt-Ambulanzen, der Internen Ambulanz, der Chirurgischen Ambulanz und dem Kreißsaal als „Notaufnahmen" aufgenommen. Die Aufnahmen außerhalb der stationären Aufnahme werden am nächsten Morgen von der Patientenverwaltung bearbeitet und ggf. vervollständigt.
- Ablauf in der stationären Patientenverwaltung:
- bei Erstkontakt Erfassung der abrechnungsrelevanten Daten (über Versicherungskarte bzw. bei Privatpatienten manuell) und weiterer persönlicher Daten in SAP IS-H und Ausdruck der erforderlichen Unterlagen. Sind die Daten des Patienten bereits im System (z.B.) aus Voraufenthalten), genügt die Angabe des Geburtsdatums und des Namens, wobei die vorhandenen Daten noch einmal auf mögliche zwischenzeitliche Änderungen hin geprüft werden. Auf das Angebot von Wahlleistungen (Unterbringung im Ein- oder Zwei-Bett-Zimmern oder Chefarztwahl) wird hingewiesen, bei Wunsch von Wahlleistungen wird ein entsprechender Vertrag nach vorheriger Information des Patienten abgeschlossen. Möchte ein Patient ausdrücklich ein Auskunftsverbot zu seiner Person, wird dies im System hinterlegt.
- Ausdruck der Unterlagen (Etiketten für Station, Patientenstammblatt),
- Unterzeichnung des Behandlungsvertrages und ggf. des Wahlleistungsvertrages durch den Patienten und eine Mitarbeiterin der Patientenverwaltung,
- auf Wunsch des Patienten Übergabe einer Telefonkarte mit entsprechender Bedienungsanleitung. Die Telefonkarten können an einem Kassenautomaten in der Eingangshalle aufgeladen werden. Hier findet der Patient auch den Kopfhörerautomaten, einen Geldautomaten und einen

Parkautomaten zur Entrichtung der Parkgebühr.

- Wertsachen kann der Patient an der Kasse gegen eine Quittung hinterlegen, Kosten hierfür entstehen dem Patienten nicht. Die Öffnungszeiten der Kasse (analog den Öffnungszeiten der stationären Patientenverwaltung) werden dem Patienten ausgehändigt.
- Durch ein numerisch unterstütztes Aufrufverfahren werden die Patienten für den jeweiligen Aufnahmeplatz aufgerufen.
- Patienten, die sich zunächst in den Ambulanzen zwecks Stationszuordnung melden müssen, können Ihr Gepäck an der „Information" deponieren. Patienten, die zur elektiven Aufnahme kommen, müssen nicht den Umweg über die Ambulanzen machen, da für diese Patienten die zugeordnete Station der Patientenverwaltung durch die Ambulanzen mitgeteilt werden.
- Notfallpatienten werden vom Pflegepersonal aus den Ambulanzen abgeholt und anschließend in der Patientenverwaltung angemeldet. Da diese Patienten durch die Ambulanzen schon als „Abklärungspatienten" aufgenommen wurden, müssen die Daten bei diesen Patienten nur noch vervollständigt werden.
- Die gesetzlich vorgeschriebene Zuzahlung kann der Patient an jedem Aufnahmeplatz in bar oder per EC-Karte entrichten. Sollte ein Patient während seines stationären Aufenthaltes seiner Verpflichtung zur Entrichtung der Zuzahlung nicht nachkommen, wird ihm eine automatisch durch SAP IS-H generierte Rechnung zugeschickt.
- Entlassungen werden von den Stationen in „Cymed" erfasst, über eine BAPI-Schnittstelle an SAP IS-H übergeben und anschließend von der Patientenverwaltung weiter bearbeitet bzw. kontrolliert.
- Die Abrechnung der Telefonkarten erfolgt über Telefonkartenautomaten in der Eingangshalle.

ERGEBNISSE/MASSNAHMEN

- Durch die Einführung eines numerisch unterstützten Aufrufverfahrens werden Unstimmigkeiten und längere Wartezeiten bei hohem Patientenandrang vermieden.
- Schulungsmaßnahmen der Mitarbeiter in den Ambulanzen sowie den Wochenend- und Nachtdiensten bezüglich des Aufnahmeverfahrens und des Umgangs der „Notaufnahme" in SAP IS-H haben zu einer deutlichen Reduzierung der fehlerhaften Notaufnahmen und Doppelaufnahmen geführt.

ADMINISTRATIVE AMBULANTE PATIENTENAUFNAHME UND -ABRECHNUNG

VORGEHEN

Ambulante Patienten werden über das SAP IS-H-Menü „Notaufnahme“ in den Ambulanzen und den Vorzimmern der Chefärzte aufgenommen. Die Abrechnung erfolgt

- bei Notfällen über die ambulante Patientenabrechnung in der Verwaltung über die KV als Institutsambulanz,
- bei privaten Notfällen entweder durch das Sekretariat des jeweiligen Chefarztes bei sogenannten „Altverträgen“ oder durch die ambulante Patientenabrechnung bei sogenannten „Neuverträgen“ (Gastroenterologie, Neuro-Chirurgie, Schmerz-Therapie, Nuklearmedizin, Anästhesie, Gynäkologie/Geburtshilfe) mit Unterstützung der privatärztlichen Verrechnungsstelle Unna bzw. Münster.

Die Abrechnungsdaten werden aus SAP IS-H, Cymed und den Ambulanzkarten der Ambulanzen bzw. der Sekretariate zusammengefügt.

KOSTENSICHERUNG

GRÜNDE/ZIELE

- Gesetzliche Grundlagen
- Schaffung der Grundlagen für die Abrechnung
- Anspruch auf Erstattung der Kosten für in Anspruch genommene (Wahl-)Leistungen

VORGEHEN

- Überprüfung der Daten auf Vollständigkeit, ggf. Ergänzung fehlender Angaben, z. B. Krankenkasse, Diagnose, voraussichtliche Verweildauer und Unterschriften (insbesondere beim Wahlleistungsvertrag und der Einverständniserklärung zur Abrechnung durch die PVS)
- Übermittlung der Daten an die Kostenträger über Datenträgeraustausch gemäß §301 SGB V (Aufnahmeanzeige binnen drei Werktagen, Entlassungsanzeigen und Rechnungen erfolgen zeitgleich)
- Einholung von Kostenzusagen/Verlängerung befristeter Kostenzusagen
- Überprüfung der Wahlleistungsverträge unmittelbar vor Rechnungsschreibung
- Ständige Überprüfung der Rück- und Überarbeitung der Prüfläufe
- Wöchentliche Kontrolle der noch nicht abgerechneten Fälle

ERGEBNIS/MASSNAHME

- Aufgrund der automatischen Erstellung von Fehlerlisten (mit Fehlerbeschreibung, z.B. fehlende Diagnose, keine Angabe des Kostenträgers) bei der Übermittlung der Daten gemäß § 301 SGB V können Fehler (Unvollständigkeit der Daten) direkt bzw. zeitnah behoben werden.
- Wöchentliche Kontrolle und Mahnung der durch die Ärzte noch nicht in Cymed abgeschlossenen Fälle, um eine sehr zeitnahe Abrechnung der erbrachten Leistungen zu erreichen.
- Dank der EDV-Unterstützung (Kartenleser, Muss-Felder) und der wöchentlichen EDV-Auswertung nicht abgerechneter Fälle wurde die Anzahl der nicht abrechenbaren Fälle zum Stichtag deutlich reduziert.

Durch die Einführung des ID-Diacos KR-Check in 2005 sollen mögliche Fehlerquellen (Aufnahmegründe, Entlassgründe, Diagnosen- und Prozedurenerfassung, etc.) schon bei der originären dezentralen Datenerfassung drastisch reduziert werden.

CORPORATE IDENTITY

Im Hinblick auf eine Abgrenzung zu anderen Krankenhäusern der Region und für einen hohen Wiedererkennungswert soll das St.-Marien-Hospital den Patienten, der Öffentlichkeit und den Mitarbeitern einheitlich erkennbar dargestellt werden. Dazu soll eine Corporate Identity (CI) des Gesamtunternehmens aufgebaut und eingesetzt werden. Hierbei handelt es sich um die strategisch geplante und operativ eingesetzte Selbstdarstellung und Verhaltensweise eines Unternehmens nach innen und nach außen auf Basis eines definierten Images, einer festgelegten Unternehmensphilosophie und Unternehmenszielsetzung und mit dem Willen, alle Handlungsinstrumente des Unternehmens in einheitlichem Rahmen nach innen und nach außen zur Darstellung zu bringen. Hierzu wurde im Jahr 1999 ein neues Logo eingeführt.
Das neue Logo wurde auf allen Publikationen, Drucksachen, Beschilderungen und der Bekleidung eingeführt. Damit Patienten und Besucher des St.-Marien-Hospitals die Mitarbeiter des Hauses auch als solche erkennen, sind alle Mitarbeiter verpflichtet, ihren Mitarbeiterausweis zu tragen. Dieser -mit Lichtbild, Namen und Funktion versehen- wird am Einstellungstag von der Technischen Abteilung erstellt und sofort ausgehändigt. Er dient außerdem zur bargeldlosen Bezahlung im Mitarbeiterrestaurant .
Die Mitarbeiter im Pflegebereich tragen einheitliche Berufskleidung mit dem Logo des St.-Marien-Hospitals. Die Mitarbeiter des „Cafe Vital“ und des „Aktivums!“ tragen jeweils ihrem Bereich entsprechend besondere, in Farbe und Design einheitliche Berufsbekleidung.

ERREICHBARKEIT DES KRANKENHAUSES

Das St.-Marien-Hospital Lünen liegt im Innenstadtbereich der Stadt Lünen. Es gehört zur Gemarkung Lünen, Flur eins. Die Grundstücksfläche des St.-Marien-

Hospitals beträgt ca. 110.000 m². Sämtliche zum St.-Marien-Hospital gehörenden Gebäude liegen auf diesem zusammenhängenden Grundstück, welches durch eine Fußgängerstraße, die Altstadtstraße, von Nordwest nach Südost erschlossen wird. Von Südost ist das Krankenhaus über die Altstadtstraße fußläufig an das Innenstadtzentrum angebunden.

An der Altstadtstraße nach Nordwest und Südost ist jeweils in wenigen Minuten eine Bushaltestelle des **öffentlichen Nahverkehrs** erreichbar.

Der **Bahnhof** an der B54 ist in ca. zehn Minuten Fußweg zu erreichen. Zugverbindungen nach Münster, Dortmund und Coesfeld sind von hieraus möglich.

Die Zuführung des **PKW-LKW-Verkehrs** zum St.-Marien-Hospital erfolgt über die Borker Straße (B 236) und die von-Wieck-Straße zur Altstadtstraße. Für den PKW-Verkehr der Besucher, Patienten und Mitarbeiter stehen mehrere **Parkplätze** auf dem Gelände des St.-Marien-Hospitals kostenpflichtig zur Verfügung. Der öffentliche Parkraum in den Nachbarstraßen ist sehr begrenzt.

Das Hauptgebäude liegt südwestlich der Altstadtstraße. Der **Haupteingang** des St.-Marien-Hospitals öffnet sich zur Altstadtstraße. Nach Nordosten grenzt das Gelände des St.-Marien-Hospitals an die Borker Straße. Zur südlichen Seite wird das St.-Marien-Hospital durch eine Schallschutzmauer von der Konrad-Adenauer-Straße (B 236) getrennt. Nach Westen stellt der Lippedamm die Grenze zwischen dem Krankenhausgelände und den Lippeauen dar. Nordwestlich des Krankenhausgeländes schließen sich die ehemaligen Klärteiche des Lippeverbandes an.

Der Hangar des **Rettungshubschraubers Christoph 8** liegt westlich des Hauptgebäudes.

HOTEL- UND SONSTIGE SERVICELEISTUNGEN IM RAHMEN DER PATIENTEN-VERSORGUNG

Für die regelmäßige Versorgung der Patienten, Besucher und Mitarbeiter des Hauses mit Speisen und Getränken ist die Zentralküche verantwortlich.
Der Zentralküche ist es wichtig, dass nur hochwertige Lebensmittel verarbeitet werden. Aus diesem Grunde wird die Zentralküche nur von regionalen und HACCP- zertifizierten Lieferanten beliefert.
Zusätzlich zur internen Versorgung beliefert die Zentralküche auch externe Einrichtungen, wie zum Beispiel Kindergärten, eine Tagesklinik und eine Behinderten-Werkstatt. Es werden täglich 730 Frühstücks-, 1.000 Mittag- und 600 Abendessen produziert.
Die Verpflegung im St. Marien Hospital kann wie folgt beschrieben werden:

- Diätkost
- Komponentenwahl
- Menüwahl
- Frühstücksbuffet
- Abendbuffet
- Vegetarische Kost
- Zwischenmahlzeiten
- Mengenwahl
- Spezialitätentage/-wochen
- Getränkeauswahl
- Kaltes/warmes Büffet
- Zusatzgerichte für externe Kunden
- Verpflegungs- und Getränkeautomaten
- Speisen und Getränkeauswahl im hauseigenen „Cafe Vital“

Auf allen Stationen befinden sich Getränke-Oasen. Die Patienten haben dort die Möglichkeit, sich rund um die Uhr mit Tafelwasser, Kaffee oder Tee zu versorgen. Auch Besucher können diesen Getränkeservice nutzen.
Die Wahlleistung-Patienten können aus einer extra Speisekarte wählen. Sie bietet eine erlesene Auswahl an Fleisch- und Fischspezialitäten an. Weitere Angebote wie zum Beispiel eine Tageszeitung können genutzt werden.
Die Zubereitung der Speisen und Getränke erfolgt nach den Vorgaben des HACCP-Konzeptes. Die Zentralküche ist seit 1995 nach dem HACCP- Konzept (Schulungen, Betriebskontrolle, Personalhygiene, Dokumentation etc.) zertifiziert.
Eine überdurchschnittliche gute Bewertung erhielt die Zentralküche im Rahmen einer Patientenbefragung 2005. Die Patienten zeigten eine hohe Zufriedenheit mit den dargereichten Speisen und Getränken. Diese positive Beurteilung belegt der Eintrag im „Klinikführer Rhein-Ruhr 2005/2006“.
Am 15.08.2005 erfolgte die angestrebte Zertifizierung nach DIN EN ISO 9001:2000.

5.3.1.2. PROJEKTE IN 2005

Keine Angaben für das Berichtsjahr.

5.3.2. MITARBEITER

5.3.2.1. ALLGEMEINE INFORMATIONEN

PERSONALBESCHAFFUNG

AUSGANGSPOSITION

Das Instrument der Personalbeschaffung dient dazu, frei werdende/gewordene bzw. neu geschaffene Arbeitsplätze mit geeignetem Personal zu besetzen. Die Zuständigkeit für alle Fachbereiche des Krankenhauses liegt dabei – in Abstimmung mit den jeweiligen Bereichsverantwortlichen – im Bereich Personal. Die formale Einstellung neuer Mitarbeiter wird im St.-Marien-Hospital Lünen durch die Personalabteilung durchgeführt. Vorab werden die einzustellenden Mitarbeiter dem Verwaltungsdirektor vorgeschlagen und der Mitarbeitervertretung zwecks Zustimmung vorgelegt. Die rechtswirksame Einstellung erfolgt durch Unterzeichnung der Arbeitsverträge durch den Verwaltungsdirektor; bei Verhinderung des Verwaltungsdirektors erfolgt die Vertragsunterzeichnung durch die Personalleitung.

ZIEL

Das Ziel besteht darin, bei eintretender Fluktuation, die frei werdenden Stellen durch Personen mit entsprechender fachlicher, persönlicher Qualifikation und sozialer Kompetenz, die über adäquate Ausbildung und Erfahrung verfügen, zum richtigen Zeitpunkt erneut zu besetzen.

VORGEHEN

Die grundsätzliche Verantwortung für den Prozess der Personalbeschaffung liegt bei der Personalleitung. Die jeweiligen Bereichsverantwortlichen informieren den Personalbereich über den anstehenden Personalbedarf. Nach Definition des Anforderungsprofils der zu besetzenden Stelle wird zunächst überprüft, ob die vakante Position durch hausinternes Personal besetzt werden kann. Sofern geeignete Mitarbeiter zur Verfügung stehen, werden dem verantwortlichen Bereichsleiter die geeigneten Kandidaten vorgestellt. Ist die Stellenbesetzung mit eigenem Personal nicht möglich, wird die vakante Stelle auf dem Stellenmarkt gesucht, indem eine entsprechende Stellenanzeigen in der lokalen Presse und auf der Internethomepage des St.-Marien-Hospitals ausgeschrieben wird. Die eingehenden Bewerbungen werden durch die Personalleitung gesichtet und gemeinsam mit der Bereichs-/Abteilungsleitung nach vorrangig objektiven Kriterien bewertet. In einer ersten Auswahl wird entschieden, welche Bewerber zum Bewerbungsgespräch eingeladen werden bzw. welchen schriftlich abgesagt wird. Liegen mehrere geeignete Bewerbungen vor, werden mit bis zu fünf Kandidaten

Bewerbungsgespräche geführt. Die Einladung zum Bewerbungsgespräch übernehmen für den Bereich Pflegedienst die Pflegedienstleitung, für alle anderen Bereiche einschließlich des ärztlichen Dienstes die Bereichsverantwortlichen und die Personalleitung in gemeinsamer Abstimmung. Der geeignetste Bewerber wird durch die Personalleitung erneut zum Gespräch eingeladen. Nach der Einstellung übernimmt die Sachbearbeitung der Personalabteilung die Erstellung des Dienstvertrages sowie die Anlage einer Personalakte. Eine Einstellung kann nur erfolgen nach Zustimmung durch die Mitarbeitervertretung und Gesundbefund durch den Betriebsarzt. Nach der Organisation des Einstellungstages durch den Bereich Personal beginnt die Probezeit gemäß Vereinbarung. Für die Einarbeitung des neuen Mitarbeiters ist der jeweilige Bereichsverantwortliche zuständig.

ERGEBNIS

Im St.-Marien-Hospital ist die Kündigungsquote innerhalb der Probezeit sehr gering. Daraus lässt sich schließen, dass sich das beschriebene Verfahren der Personalbeschaffung bewährt hat.

PERSONALBEDARFSERMITTLUNG

Die Personalbedarfsermittlung dient dem **Ziel**, innerhalb des Krankenhauses die erforderlichen personellen Kapazitäten in der erforderlichen Quantität, Qualität und zum richtigen Zeitpunkt zur Verfügung zu stellen. Sie schafft damit einen Rahmen für die Personalabteilung, innerhalb dessen Entscheidungen gefällt werden können. Das **Vorgehen** hierbei ist die Ermittlung des leistungsgerechten Personaleinsatzes durch die Errechnung der Planbesetzung. Um einen leistungsadäquaten Personaleinsatz zu gewährleisten, ist es notwendig zu wissen, welche Leistungen an welchem Ort und zu welcher Zeit erbracht werden und wieviel Arbeitszeit für diese Leistung notwendig ist. Zur quantitativen Personalbedarfsplanung werden im St.-Marien-Hospital regelmäßig und nach Leistungs- und vor Organisationsveränderungen folgende Methoden angewandt:

- **Berechnung mit Kennzahlen und Anhaltszahlen**: Die Personalberechnung auf der Grundlage von Anhaltszahlen stellt eine Relation zwischen Personalbedarf und Leistung (z .B. pro Bett) her.
- **Leistungseinheitenrechnung/Arbeitszeitmethode**: Grundlage für die Berechnung des Vollkräftebedarfs ist die Festlegung des Behandlungsaufwandes zur Ausführung einer bestimmten Tätigkeit.
- **Arbeitsplatzmethode**: Bei der Arbeitsplatzberechnung ist festzustellen, wie hoch die tägliche Anwesenheitszeit zur Ausführung einer bestimmten Leistung sein muss.

Darüber hinaus werden für die Personalbedarfsermittlung zunehmend Vergleichsdaten von externen Krankenhäusern im Sinne eines Benchmarking hinzugezogen.
Im **Ergebnis** dient die Personalbedarfsermittlung einer wirtschaftlichen Betriebsführung und einer gerechten Personalverteilung im St.-Marien-Hospital.

FORT- UND WEITERBILDUNG

Siehe Qualitätsbericht Pflege.

BETRIEBLICHES VORSCHLAGSWESEN (BVW)

GRUND

Das BVW soll allen Mitarbeitern des St.-Marien-Hospitals die Möglichkeit bieten, durch Mitdenken und Mitarbeit zur Verbesserung des Betriebsgeschehens beizutragen.

ZIEL

Ziel des Vorschlagswesens ist es, die innerbetriebliche Zusammenarbeit zu fördern, Arbeitsbedingungen zu verbessern, Arbeitssicherheit und Gesundheitsschutz zu steigern sowie die Wirtschaftlichkeit zu erhöhen.

VORGEHEN

Verbesserungsvorschläge können von einzelnen oder gemeinsam von mehreren Beschäftigten in Schriftform mit entsprechendem Formular und hinreichender Ausführlichkeit bei dem Beauftragten für das betriebliche Vorschlagswesen (BVW) eingereicht werden.

MASSNAHMEN

Die Verbesserungsvorschläge werden von einem Prüfungsausschuss geprüft, bewertet und zur Prämierung vorgeschlagen. Umsetzbare Verbesserungsvorschläge werden prämiert. Die Betriebleitung entscheidet über die Annahme und Verwertung des Vorschlags.

ERGEBNIS

Das BVW existiert seit August 2000. Bis Ende 2005 wurden 84 Vorschläge eingereicht. Etwa 40 % der Vorschläge wurden angenommen und mit Prämien honoriert. Die Vorschläge zielen besonders auf die Themen Patientenfreundlichkeit, Ansehen und Öffentlichkeit sowie Arbeitsmethoden und -verfahren. Auch Vorschläge, die zu Kosteneinsparungen führten wurden eingereicht und realisiert. Durch die Umsetzung der Vorschläge konnten schon erhebliche Verbesserungen des Betriebsgeschehen erreicht werden.

5.3.2.2. PROJEKTE IN 2005

5.3.2.2.1. EXTERNES BESCHWERDEMANAGEMENT

GRUND

Bearbeitung der Beschwerden von Patienten oder Angehörigen, die schriftlich eingehen oder mündlich bei der Betriebsleitung vorgetragen werden. Auch Beschwerden, die vom Patientenfürsprecher angenommen und an die Betriebsleitung weitergeleitet werden.

ZIEL

- Größtmögliche Zufriedenheit und Wohlergehen der Patienten.
- Service- und Versorgungsqualität unseres Krankenhauses erhöhen.

VORGEHEN

Vom Beschwerdemanagement wird die Beschwerde in einer Checkliste registriert und der Ablauf des Beschwerdeprozesses überwacht.
Der Beschwerdeführer/-in erhält eine Eingangsbestätigung seiner Beschwerde.
Die Beschwerde wird an den Verantwortlichen zur Stellungnahme weitergegeben.
Prüfung des Sachverhaltes der Beschwerde durch schriftliche Stellungnahme sowie persönlich geführte Gespräche mit den beteiligten Mitarbeitern. Danach schriftliche Antwort an den Beschwerdeführer/-in.

MASSNAHMEN

Mögliche Schwachstellen im Betriebsgeschehen erkennen, analysieren und verbessern.

ERGEBNIS

Zügige Beschwerdebearbeitung in einem angemessenen Zeitraum zur vollen Zufriedenheit des Beschwerdeführers/-in. Durch Ursachenanalyse in den betroffenen Abteilungen werden Prozesse in Gang gesetzt, die zu einem verbesserten Betriebsablauf führen. Im Jahre 2005 wurden 44 Beschwerden erfolgreich bearbeitet. Bei 20.000 stationären Paienten im Jahr ist dies ein Anteil von 0,22%.

5.3.3 SICHERHEIT UND UMWELT
5.3.3.1. ALLGEMEINE INFORMATIONEN

ARBEITSSCHUTZ

- **Arbeitsschutzorganisation**: Arbeitsschutzausschuss, externer betriebsärztlicher Dienst. Fachkraft für Arbeitssicherheit ist der Technische Leiter, zur Unterstützung wird ein externes Ingenieurbüro mit Aufgaben im Arbeitsschutz beauftragt. Fachkräfte für Arbeitssicherheit sind aus verschiedenen Arbeitsbereichen ernannt. Neue Mitarbeiter werden über die Grundsätze des Arbeits - und Brandschutzes an einem Einführungstag informiert. Art und Anzahl der Unfälle werden von der Fachkraft für Arbeitssicherheit dokumentiert. Einmal im Jahr oder bei besonderen Vorkommnissen erfolgt ein Bericht beim Arbeitsschutzausschuss. Besonderes Augenmerk wird auf den Umgang mit spitzen und scharfen Gegenständen gelegt. Im Jahr 2006 sollen die Informationen des Arbeitsschutzes im St.-Marien-Hospital in einer Intranetplattform allen Mitarbeitern zur Verfügung gestellt werden. Hieran sind der Technische Leiter, die Hygienefachkraft, die Mitarbeitervertretung und ein externes Ingenieurbüro beteiligt.
- **Gefahrstoffe**: Der Umgang mit Gefahrstoffen bedarf besonderer Arbeitsschutzmaßnahmen. Die Technische Abteilung führt ein Gefahrstoffkataster und erstellt die Betriebsanweisungen für Gefahrstoffe. Einmal im Jahr wird das Gefahrstoffkataster aktualisiert. Alle Abteilungsleiter werden angeschrieben und erhalten eine Aufstellung der bisher dokumentierten Gefahrstoffe in ihrem Arbeitsbereich. Nach Rückmeldung durch die Abteilungsleiter erfolgt die Aktualisierung. Eine Aktualisierung erfolgt auch, wenn Informationen über den Umgang mit bisher nicht dokumentierten Gefahrstoffen bekannt werden. Einmal im Jahr sind alle Abteilungsleiter aufgefordert, ihre Mitarbeiter in Form einer Schulung über besondere Gefahren in ihrem Arbeitsbereich zu unterrichten. Die Dokumentation erfolgt schriftlich.
- **Instandhaltung**: Zum Schutz von Mitarbeitern und Patienten wird eine planmäßige Instandhaltung von medizin - und betriebstechnischen Einrichtungen durchgeführt. Hierbei werden sicherheitsrelevante Kriterien an den Betriebsmitteln und Medizinprodukten durch Fachkräfte geprüft.
- **Betriebsbegehungen**: Zur Überprüfung und Verbesserung des Arbeitsschutzes wurde 2004 eine Begehung der Arbeitsplätze durchgeführt. Hierbei wurden gemäß Arbeitssicherheitsgesetz Gefährdungen am Arbeitsplatz ermittelt und beurteilt. Gravierende Mängel wurden hierbei nicht festgestellt. Viele Mängel konnten bereits abgearbeitet werden. Bauliche oder durch die Raumeinrichtung vorhandene Probleme können oft nur durch Renovierungen und Umbaumaßnahmen beseitigt werden. Diese werden im Rahmen der wirtschaftlichen Möglichkeiten geplant.

BRAND- UND KATASTROPHENSCHUTZ

Die Organisation des Brand- und Katastrophenschutzes unterliegt genauen Regelungen. Brandschutzbeauftragter ist der Technische Leiter in Zusammenarbeit mit einem externen Ingenieurbüro.

- Zur Feststellung des Istzustandes und zur Erarbeitung von Lösungsansätzen wurde 1990 ein **Brandschutzkonzept** durch ein externes Ingenieurbüro erstellt. Bei der Durchführung von baulichen Veränderungen werden die brandschutztechnischen Belange an Hand dieses Konzeptes berücksichtigt.
- Installation einer flächendeckenden **Brandmeldeanlage**, der Betrieb und die Funktionsfähigkeit ist durch einen Wartungsvertrag abgedeckt. Einmal pro Jahr wird jeder Melder auf Funktionsfähigkeit getestet. Zusätzlich sind Brand- und Rauchschutztüren mit der Brandmeldeanlage gekoppelt, so dass im Brandfall Brandabschnitte sicher geschlossen werden. Wesentliche Personenaufzüge sind mit einer dynamischen Brandfallsteuerung mit der Brandmeldeanlage gekoppelt. Bei einem Feueralarm erhält die Feuerwehr in der Brandmeldezentrale genaue Informationen über den Ort des Ereignisses und den Weg dorthin. Wegen der umfangreichen Bautätigkeit werden die Feuerwehrlaufkarten ständig von der Technischen Abteilung aktualisiert.
- **Brandschutzordnung**: Brandschutzordnung Teil A für alle Mitarbeiter, Patienten und Besucher vorhanden. Brandschutzordnung Teil B für alle Mitarbeiter als DIN A5-Heft und im Intranet vorhanden.
- **Evakuierungsplan**: Für besondere interne Gefahrenlagen, insbesondere den Brandfall gibt es einen Evakuierungsplan. Neben einem umfangreichen Personalanhang gibt dieser Evakuierungsplan erforderliche organisatorische Informationen.
- **Brandschutzübungen**: In unregelmäßigen Abständen etwa einmal jährlich werden Brandschutzübungen für alle Mitarbeiter angeboten. Hierbei geht es um das praktische Üben bei einem Brandfall, Handhabung eines Feuerlöschers und Verhalten in verrauchten Räumen. Die Teilnahme wird schriftlich dokumentiert. Im Rahmen der Fertigstellung eines Baukörpers wurde 2005 eine große Brandschutzübung durchgeführt. Hierbei wurde der betroffene Bauabschnitt mit künstlichem Rauch verqualmt. Viele Mitarbeiter, sei es als Statisten oder Beobachter, und mehrere Löschzüge der Feuerwehr waren an dieser Übung beteiligt.
- **Einsatz- und Alarmplan**: dient für die Vorbereitung auf eine externe Gefahrenlage, bei der mit einer großen Zahl von Verletzten zu rechnen ist. Zur Bewältigung der dann anstehenden Aufgaben sind hier organisatorische und räumliche Regelungen getroffen. Ein wesentlicher Teil widmet sich der Information der Mitarbeiter im Krankenhaus oder privat.
- **Betriebsbegehungen**: Zur Überprüfung des baulichen und organisatorischen Brandschutzes erfolgen regelmäßig durch einen externen Brandschutzbeauftragten Begehungen im St.-Marien-Hospital. Die Mängel werden dokumentiert und der Technischen Abteilung zur Bearbeitung zur Verfügung gestellt.

- **Sonderveranstaltungen**: In unregelmäßigen Abständen werden Sonderveranstaltungen zum Arbeitsschutz durchgeführt. Diese Sicherheitstage werden von mehreren Mitarbeitern des St.-Marien-Hospitals organisiert. Es werden unterschiedliche Informationen und Aktivitäten rund um den Arbeitsschutz im Gesundheitswesen angeboten.

SICHERHEIT GEGEN UNBEFUGTEN ZUGANG / DIEBSTAHL

Alle Mitarbeiter des St.-Marien-Hospitals haben einen Dienstausweis mit Lichtbild, welchen sie sichtbar am Körper tragen sollen. Die Außenzugänge werden um 20:30 durch eigenes Personal geschlossen. Wichtige Zugänge sind mit Sprechanlage, Kameraüberwachung und ferngesteuerten Öffnungsmechanismus ausgestattet. Die Telefonzentrale/COM-Center ist 24 Stunden am Tag besetzt.

ORGANISATION UND WARTUNG DER BETRIEBSMITTEL

EDV-gestützte Instandhaltung; Bestandsverzeichnis aller Anlagen und Gebäudeteile; Festlegung von regelmäßigen Instandhaltungsmaßnahmen wie Inspektionen, Sicherheitsprüfungen, Wartungen, gesetzlich vorgeschriebene Prüfungen, regelmäßige Prüftermine um die Qualität der Erzeugnisse dauerhaft sicherzustellen; Terminkontrolle über EDV; Dokumentation aller Tätigkeiten; Störungsmeldung an zentrale Stelle in der Technischen Abteilung; Auftragswesen und Auftragserteilung an eigene Handwerker oder externe Dienstleister über eine zentrale Stelle in der Technischen Abteilung; bei regelmäßig wiederkehrenden Maßnahmen mit ausführlicher Arbeitskarte (z.B. Notstromaggregat, Wasseraufbereitung Bewegungsbad, Automatiktüren); Rückmeldung der ausgeführten Maßnahmen über Auftragskarte durch die Handwerker; nachträgliche Dokumentation in der EDV und somit Rückmeldung im System und Abschluss des Auftrags; geplante Serviceeinsätze auf den Stationen/Abteilungen. Im Jahr 2005 wurde die Sicherheitstechnische Bewertung der Betriebsmittel gemäß Betriebssicherheitsverordnung durchgeführt. Eine Anbindung an das EDV-gestützte Instandhaltungsmanagement (SAP PM) muß noch erfolgen.

ORGANISATION UND WARTUNG DER MEDIZINPRODUKTE

EDV-gestützte Instandhaltung; Bestandsverzeichnis aller Medizinprodukte; Festlegung von regelmäßigen Instandhaltungsmaßnahmen wie Inspektionen, Sicherheitsprüfungen, Wartungen, gesetzlich vorgeschriebenen Prüfungen oder Herstellervorgaben; regelmäßige Prüftermine, um die Qualität der Erzeugnisse dauerhaft sicherzustellen; Terminkontrolle über EDV; Dokumentation aller Tätigkeiten; Störungsmeldung an zentrale Stelle in der Technischen Abteilung oder direkt an die Medizintechniker; Auftragswesen und Auftragserteilung über EDV; bei regelmäßig wiederkehrenden Maßnahmen mit ausführlicher Arbeitskarte; Rückmeldung der ausgeführten Maßnahmen und Abschluss der Aufträge durch die Medizintechniker direkt im EDV-System. Die Organisation der Einweisungen im Pflegebereich wird durch leitende Pflegekräfte organisiert. Zur Dokumentation ist neben der EDV ein Gerätepass eingeführt worden.

ABFALLMANAGEMENT

Die anfallenden Abfälle werden nach den geltenden Richtlinien unter wirtschaftlichen Gesichtspunkten der sachgerechten Wiederverwertung oder Entsorgung zugeführt. Sowohl aus Umweltschutzaspekten, Gründen der Arbeitssicherheit und wirtschaftlichen Aspekten wird im St.-Marien-Hospital seit vielen Jahren eine differenzierte Abfalltrennung durchgeführt. Auf den Stationen/Abteilungen erfolgt die Sammlung und Bereitstellung an festgelegten Orten durch die Reinigungskräfte. Der Abtransport wird durch hauseigenes Personal durchgeführt. Die Entsorgung der einzelnen Abfallfraktionen ist durch zugehörige Entsorgungsnachweise gesichert und wird von regionalen Entsorgungsunternehmen durchgeführt. Es erfolgt eine kontinuierliche Kontrolle der entsorgten Mengen und der zugehörigen Entsorgungskosten. Die gesetzlich vorgeschriebe Abfallbilanz wird jährlich der unteren Überwachungsbehörde auf Anforderung vorgelegt. Der Abfallbeauftragte berichtet bei erforderlichen Änderungen an die Geschäftsführung und unterbreitet entsprechende Vorschläge. Der Abfallbeauftragte nimmt regelmäßig an den Arbeitskreissitzungen der „Abfallvermeidungsagentur des Kreises Unna“ teil. So erfolgt ein regelmäßiger Informationsaustausch in diesem Bereich im Gesundheitswesen im Kreis Unna.

ENERGIEMANAGEMENT

Mit dem Ziel, die notwendige Energie optimal zu nutzen, ist ein umfangreiches Energiemanagement aufgebaut. Ziel ist Kostensenkungspotentiale zu erfassen und umzusetzen, die Betriebssicherheit dauerhaft zu gewährleisten, die Energie unter dem Aspekt des Umweltschutzes optimal einzusetzen bzw. wenn möglich, den Verbrauch zu vermeiden.

- kaufmännisches Energiemanagement – Teilnahme an Energiebenchmarks, nationale Ausschreibung des Strombezugs,
- infrastrukturelles Energiemanagement – Energiekonzept 1998 durch externes Ingenieurbüro, Umsetzung einzelner Maßnahmen in den Folgejahren, Einsatz von Energiesparleuchten, Einsatz von Präsenzmeldern (Bewegungsmeldern) bei Renovierungen, Wasserspararmaturen, monatliche Kontrolle und Dokumentation von Energieverbräuchen über Verbrauchszähler, Leistungsoptimierung über Lastabwurfmanagement und Zeitsteuerung, Kontrolle und Überwachung der Betriebszustände über eine Gebäudeleittechnik.

SICHERSTELLUNG DER VER- UND ENTSORGUNG

- Stromversorgung – Liefervertrag Stadtwerke Lünen, zwei Einspeisungen durch Ringstruktur vorhanden
- Wasserversorgung – Liefervertrag mit Stadtwerke Lünen
- Entwässerung – Öffentliches Kanalnetz, spezielle Abklinganlage für radioaktive Abwässer
- Abfallentsorgung – Entsorgung gemäß Abfallentsorgungsrecht, Entsorgungsnachweise liegen vor

- Telefonie – lokaler Telefoniedienstleister für die Haupt- und Nebenanlage, separater Telekomanschluss über analogen Telefonanschluss, eigene Telefonanlage mit Ausfallkonzept über Nebenanlage, Wartungsvertrag für Telefonanlage
- Serviceverträge für wichtige medizintechnische Geräte und betriebstechnische Anlagen, in Teilen Vollwartungsverträge, eigenes Personal für „first-line-service“, 24 h Bereitschaftsdienst
- Medizinische Gase über Lieferverträge, eigene Druckluftversorgung
- Notstromversorgung: Zur Überprüfung des sicheren Betriebs des Notstromaggregates erfolgen regelmäßige Testläufe mit der Überprüfung wichtiger Betriebsparameter. Einmal jährlich erfolgt gemäß Herstellerangaben eine Wartung durch einen externen Dienstleister.

Zur Legionellenprohylaxe wird die Warmwassererzeugung ständig auf 60°C gehalten. In der Zirkulation erfolgt eine ständige ausreichende Nachbeheizung auf ca. 56°C.

5.3.3.2. PROJEKTE IN 2005

Keine Angaben für das Berichtsjahr.

5.3.4 DATENSCHUTZ & DATENSICHERHEIT

5.3.4.1. ALLGEMEINE INFORMATIONEN

EDV- bzw. Datensicherheit s. EDV

DATENSCHUTZ

GRUND

Aufgrund der gesetzlichen Regelungen über den Datenschutz wurde bereits 1995 im St.-Marien-Hospital ein Datenschutzbeauftragter bestellt. Als kirchliche Stiftung des privaten Rechts unterliegt das St.-Marien-Hospital der „Anordnung über den kirchlichen Datenschutz – KDO“.

ZIEL

Gewährleistung des Rechts auf informationelle Selbstbestimmung des Bürgers. Der Datenschutzbeauftragte hat darauf hinzuwirken, dass die Gesetze und Verordnungen zum Schutz der personenbezogenen Daten von natürlichen Personen eingehalten werden.

VORGEHEN

Der Datenschutzbeauftragte steht den Mitarbeitern des St.-Marien-Hospitals als Ansprechpartner für datenschutzrelevante Fragen beratend zur Verfügung. Zweimal jährlich erhalten neuangefangene Mitarbeiter eine Unterweisung über den Datenschutz. Dies ist eine Pflichtveranstaltung und wird durch Teilnahmebe-

stätigung Bestandteil der Personalakte. In diesem Vortrag erfolgt die Verpflichtung auf das Datengeheimnis, die Belehrung über die Schweigepflicht, Wahrung des Patientengeheimnisses und Einhaltung der datenschutzrechtlichen Vorschriften. Weiterhin wird der Mitarbeiter auf die gesetzlichen Bestimmungen des § 203 StGB (Verletzung von Privatgeheimnissen) hingewiesen.

VI. Der Datenschutzbeauftragte achtet auf die ordnungsgemäße Entsorgung von Papier mit personenbezogenen Daten. Für die Entsorgung sind an verschiedenen Standorten des Hauses Sammelbehälter aufgestellt. Die Sammelbehälter werden von einem Entsorgungsunternehmen entsorgt und nach DIN 32757-1 (Vernichten von Informationsträgern) vernichtet.

Eine komplette Datenschutz-Infrastruktur ist im St.-Marien-Hospital noch nicht aufgebaut.

REGELUNG DER DOKUMENTATION - DOKUMENTATIONSRICHTLINIE

Im Jahre 1999 hat es im Hause eine interne Fehlbelegungsprüfung gegeben. Im Rahmen dieser internen Fehlbelegungsprüfung sind Defizite in der Dokumentation deutlich geworden. Daraufhin wurde eine Arbeitsgruppe ins Leben gerufen, die sich mit der Dokumentation intensiv beschäftigt hat. Diese Arbeitsgruppe setzte sich zusammen aus vier Mitarbeitern aus dem ärztlichen Bereich, vier Mitarbeitern aus dem Bereich der Stationsleitungen sowie zwei Mitarbeitern aus dem Bereich Verwaltung. Begleitet und moderiert wurde diese Arbeitsgruppe durch eine Mitarbeiterin der Gesellschaft für Risikoberatung mbH.
Besonderer Schwerpunkt der Betrachtung war die Vermeidung einer Doppeldokumentation und die strikte Einhaltung der rechtlichen Dokumentationspflichten.
Im Zuge dieser Arbeitsgruppe wurde die gesamte Dokumentation des St.-Marien-Hospitals überarbeitet und in einheitliches Format gebracht, insbesondere unter dem Gesichtspunkt des Risk-Management auf Vollständigkeit überprüft.
Dokumentation ist die zielorientierte geplante chronologische kontinuierliche nachvollziehbare Aufzeichnung ärztlicher, pflegerischer und therapeutischer Tätigkeiten und Beobachtungen.
Als Ergebnis dieser Arbeitsgruppe wurden sämtliche Dokumente neu erstellt und eine Richtlinie zur Dokumentation erstellt.
Diese Richtlinie zur Dokumentation erhält Aussagen zu den wichtigen Themen, wie :

- Grundsätze der Dokumentation
- Zuständigkeiten für Dokumentation
- Plausibilität der Dokumentation
- Form und Inhalt der Dokumentation
- ärztliche Verlaufsdokumentation
- Pflegedokumentation
- Dokumentation der Maßnahmen des therapeutischen Dienstes
- Dokumentation der Fixierung von Patienten
- Aufbewahrung der Krankenunterlagen

- Eigentumsverhältnisse an Krankenunterlagen
- Einsichtnahmerecht des Patienten (Erben und nächste Angehörige)
- Anweisung zur Nutzung der Formulare

Die Richtlinie zur Dokumentation ist am 10.04.2002 in Kraft getreten und an alle Mitarbeiter gegen Empfangsbestätigung ausgehändigt worden.
Jedem neu eingestellten dokumentationspflichtigen Mitarbeiter wird die Richtlinie bei Einstellung ausgehändigt.
Die Dokumentationsrichtlinie hat für die Mitarbeiter den verbindlichen Status einer Richtlinie und ist von den Mitarbeitern zu beachten.
Darüber hinaus gilt, dass neue Dokumente oder Formulare im Hause grundsätzlich durch die Arbeitsgruppe Dokumentation zu prüfen und frei zu geben sind.
Somit ist sicher gestellt, dass sich neu erstellte Formulare an der Richtlinie zur Dokumentation orientieren und unter dem Gesichtspunkt des Risk-Management überprüft worden sind.

REGELUNG ZU UMGANG UND ARCHIVIERUNG VON PATIENTENDATEN

Der Krankenhausträger ist gegenüber den Patienten zur Aufbewahrung der im Zusammenhang mit einer Behandlung anfallenden wesentlichen und für die Dokumentation des Behandlungsverlaufs erforderlichen Krankenunterlagen verpflichtet.
Die Aufbewahrungszeit dieser Unterlagen beträgt 30 Jahre. Die Akten werden in Papierform erstellt.
Diese Krankenakten werden im Zentral-Archiv mit Hilfe eines Archivierungsprogramms verwaltet und nach Systemnummern geordnet. Der Aufbewahrungszeitraum für die Papierakte im Zentral-Archiv beträgt 2–3 Jahre. Danach werden die Papierakten durch ein zertifiziertes Unternehmen verfilmt und digitalisiert in die D–Aktke als Archivdatei gestellt.
Bei der Verfilmung werden der Entlassbrief, der OP- Bericht und die Histologie digital in die D-Akte übertragen. Der Originalfilm wird wiederum im Zentral-Archiv aufbewahrt. Eine Filmkopie wird dezentral bei einem Archivierungsunternehmen gelagert.
Neben der Papierakte werden im Rahmen der elektronischen Verarbeitung von Patientendaten sogenannte digitale Patientenakten erzeugt. Der Zugriff auf diese digitalen Patientenakten erfolgt durch Zugangsberechtigungen, Eingabe von Namen und Passwort.
Die Anforderung der Papierakte erfolgt über einen Anforderungsschein oder im Notfall telefonisch. Der Entleiher wird dokumentiert. Eine Anforderung über das EDV-System ist ebenso wie eine Rücklaufkontrolle in Vorbereitung.
Die im Rahmen einer Behandlung anfallenden Röntgenaufnahmen werden patientenbezogen im Zentral-Archiv archiviert. Die Anforderung ist wie bei der Papierakte geregelt.

Seit 2004 ist die Radiologie auf die Erstellung von digitalen Röntgenbildern umgestellt. Die so erzeugten Röntgenbilder werden im Rahmen der digitalen Patientenakte zur Verfügung gestellt und im EDV-System gespeichert und gemäß der bei uns üblichen allgemeinen Sicherung unserer EDV-Systeme abgesichert.

BEFRAGUNGEN

MESSUNG DER PATIENTENZUFRIEDENHEIT

MASSNAHME

Innerhalb des CLINOTEL-Krankenhausverbundes beteiligte sich das St.-Marien-Hospital 2002 an einer umfassenden Patientenbefragung.

ZIEL

- Beschreibung der Versorgungsqualität aus Sicht der Patienten
- Ermittlung wichtiger Bereiche der Qualitätsverbesserung aus Sicht der Patienten
- Stellung des Hauses im CLINOTEL-, nationalen und internationalen Vergleich

BESCHREIBUNG DES VORGEHENS

Schriftliche Befragung stationär behandelter und im Zeitraum vom 04.11.2001 bis 23.02.2002 entlassener Patienten mit anschließender statistischer Auswertung durch das Picker-Institut Hamburg
Aus diesem Projekt abgeleitete, konkrete Maßnahmen im Bereich der Verwaltung

- Schaffung eines dritten Aufnahmeplatzes in der Patientenaufnahme
- Verbesserung der Bestuhlung im Wartebereich der stationären Patientenaufnahme
- Einführung eines numerisch unterstütztes Aufrufverfahren in der stationären Patientenaufnahme
- Bildung von zwei Projektgruppen zur Vorabaufnahme elektiver Patienten in den Kliniken für Gastroenterologie und Unfall-Chirurgie (Ergebnisse liegen vor und werden in 2006 umgesetzt)

BEWERTUNG DER MASSNAHME

Externe Kosten (ohne eigenen Ressourcenverbrauch) sind in den jeweiligen CLINOTELHäusern bekannt. Hinsichtlich der finanziellen Verbesserung kann das Projekt nicht bewertet werden. Hinsichtlich einer nicht monetären Verbesserung kann bei diesem Projekt festgestellt werden, dass Ansatzpunkte für Qualitätsverbesserungen zu erkennen sind (siehe Beschreibungen oben).

MASSNAHME

Durchführung einer postalischen Patientenbefragung im Rahmen der Transparentinitiative Ruhrgebiet.

GRUND

siehe oben

ZIEL

siehe oben

VORGEHEN

Durchführung einer postalischen Patientenbefragung im Rahmen der Transparentinitiative Ruhrgebiet. Schriftliche Befragung von über 200 stationär behandelten Patienten der Fachrichtung Kardiologie im Entlasszeitraum vom 01.09.2003 bis 02.10.2003 mit anschließender statistischer Auswertung durch das Picker-Institut Deutschland gGmbH.

ERGEBNISS

Es wurde die Qualität der Klinik aus Sicht der Patienten in den Kriterien

- Patient-Arzt-Verhältnis
- Patient-Pflegepersonal-Verhältnis
- Erfolg der Behandlung
- Zimmerausstattung
- Essen

ermittelt und die Patientenzufriedenheit in Prozentpunkten angegeben. An der Befragung Kardiologie nahmen 21 Krankenhäuser teil; die Rücklaufquote lag bei 61%. Die Ergebnisse wurden vom Initiativkreis Ruhrgebiet im „Klinik-Führer Ruhrgebiet“ veröffentlicht.

MASSNAHMEN

Die Ergebnisse wurden den verantwortlichen Mitarbeitern in einer internen Informationsveranstaltung präsentiert. Die umfangreichen Analysen über Antworthäufigkeiten und Problemhäufigkeiten ergaben Grundlagen für die Qualitätsentwicklung und – verbesserung in den untersuchten Bereichen. Es wurden Strategien zur Verbesserung der Versorgungsqualität entwickelt.

5.3.4.2. PROJEKTE IN 2005

Kein Beitrag für das Berichtsjahr.

5.3.5. ORGANISATION, FÜHREN & LEITEN
5.3.5.1. ALLGEMEINE INFORMATIONEN

RISIKOMANAGEMENT/VERSICHERUNGEN

RISIKOMANAGEMENT

Der **Grund** für die Etablierung eines Risikomanagementsystems ist darin zu sehen, dass die äußeren Rahmenbedingungen für Krankenhäuser sich in ständiger Veränderung befinden, was zu erheblichen wirtschaftlichen Risiken führen kann. Aufgrund eines stetig wachsenden Kosten- und Konkurrenzdrucks ergibt sich immer mehr die Notwendigkeit, die Entwicklung von, für Krankenhäuser bedeutsamen, internen und externen Faktoren frühzeitig zu erkennen, um entsprechende (Gegen-) Maßnahmen rechtzeitig einleiten zu können.
Als erster Schritt im Rahmen des **Vorgehens** zur Einführung eines Risikomanagementsystems wurde im Jahr 1998 die Bischöfliche Prüfungs- und Beratungsgesellschaft beauftragt, die vorhandenen Überwachungsmaßnahmen im St.-Marien-Hospital zu untersuchen und Vorschläge zum Ausbau und zur Weiterentwicklung des bestehenden Systems zu erarbeiten.
Unternehmerische Risiken können nicht vermieden werden, sie sollten allerdings erkannt, begleitend überwacht und spätestens in dem Zeitpunkt, in dem sie wesentlich für die wirtschaftliche Lage des Unternehmens werden, abgewehrt werden. Zur Erreichung dieses Ziels sollen einerseits das bestehende Risikomanagementsystem weiter ausgebaut und qualifiziert, andererseits die interne Revision und das Controlling in ihrer Bedeutung hervorgehoben werden.
Aus den allgemeinen Begründungen zum KonTraG folgt, dass sich das einzurichtende Risikomanagementsystem aus einem internen Überwachungssystem, einem Controlling und einem Frühwarnsystem zusammensetzt. Hierauf aufbauend wurden im Rahmen von schriftlichen Befragungen sowie Einzelgesprächen mit den Bereichs- und Abteilungsleitern zunächst untersucht, inwieweit die einzelnen Elemente des Risikomanagementsystem bereits im Krankenhaus umgesetzt sind. In einem zweiten Schritt wurden in Absprachen mit den Mitarbeitern Maßnahmen zur Reduzierung bestimmter, prozeß-immanenter Risiken entwickelt. Dies geschah hierbei weniger unter dem Gesichtspunkt der Umsetzung eines laut Theorie optimalen Soll-Konzepts, sondern vielmehr mit Blick auf die spezifischen Gegebenheiten des St.-Marien-Hospitals sowie die Praktikabilität der umzusetzenden Maßnahmen.

VERSICHERUNG

Zur Absicherung und -deckung potentieller Risiken und Schäden wurden in 2005 diverse Versicherungen abgeschlossen bzw. weitergeführt. Hierzu zählen:

- Die Haftpflicht-/Betriebshaftpflichtversicherung
- Die erweiterte Vermögensschadenhaftpflichtversicherung
- Die Elektronikversicherung
- Die Sachversicherung
- Die Betriebsschließungsversicherung
- Weitere Einzel- und Sonderversicherungen.

HAFTPFLICHT-/BETRIEBSHAFTPFLICHTVERSICHERUNG

Für Personenschäden (durch medizinische und pflegerische Behandlungsfehler) und Sachschäden (abhanden gekommenes oder kaputt gegangenes Eigentum der Patienten), die durch Mitarbeiter des St.-Marien-Hospital an und gegenüber Patienten verursacht werden, ist eine Haftpflichtversicherung, speziell eine Betriebshaftpflichtversicherung (schließt die gesamte Belegschaft des St.-Marien-Hospitals ein) abgeschlossen. Sie deckt Einzelverschulden der Mitarbeiter, aber auch sogenannte Organisationsverschulden (Risiken, die durch die Geschäftsführung verursacht und in andere Bereiche delegiert worden sind) ab. Eine Betriebshaftpflichtversicherung abzuschließen, unterliegt keiner gesetzlichen Verpflichtung.
Da das Risiko allerdings zu hoch ist, bedarf im St.-Marien-Hospital eine bewusste Entscheidung gegen den Abschluss einer solchen Versicherung generell der Zustimmung durch das Kuratorium. Den Versicherungsgeber kann das Haus nicht selbst auswählen. Vielmehr entscheidet dieser aufgrund der Beobachtung der Schadensstatistiken, ob er gegen Zahlung der Prämie (Preis pro Bett) einen Versicherungsschutz anbietet. Obwohl es zwischenzeitlich nur noch verhältnismäßig wenige Versicherer gibt, die die o.g. Risiken abdecken und die Versicherungsprämien stark angestiegen sind, hat das St.-Marien-Hospital in 2004 eine Betriebshaftpflichtversicherung abschließen können.

ERWEITERTE VERMÖGENSSCHADENHAFTPFLICHTVERSICHERUNG

Schäden, die aufgrund falscher Entscheidungen durch die Geschäftsführung, die ehrenamtlichen Mitglieder des Kuratoriums, die Bereichs- und Abteilungsleitungen und sonstige Mitarbeiter (bis zu einem festgesetzten Betrag) verursacht werden und finanzielle Nachteile (Vermögensschäden) für das St.-Marien-Hospital nach sich ziehen, sind durch die o.g. Versicherung abgedeckt.

ELEKTRONIKVERSICHERUNG

Werden medizinische Geräte durch unsachgemäße Handhabung, aber auch durch beispielsweise Blitzschlag beschädigt, greift die sogenannte Elektronikversicherung ein.

SACHVERSICHERUNG

Schäden, die durch Feuer, Sturm, Leitungs-, Hochwasser etc. an Gebäuden und im Gebäudebereich entstehen, waren auch in 2004 durch eine Sachversicherung, eine sogenannte Allgefahrenversicherung, abgedeckt.

BETRIEBSSCHLIESSUNGSVERSICHERUNG

Schäden, die durch Ausfall/Schließung des Krankenhauses aufgrund von Seuchen, Infektionen etc. entstehen, werden über eine Betriebsschließungsversicherung erstattet.

EINZELVERSICHERUNGEN FÜR DIE NEBENTÄTIGKEIT DER CHEFÄRZTE

Der Grund für den Abschluss dieser Versicherung ist – wie bei der Betriebshaftpflichtversicherung – die Abdeckung von Personen- und Sachschäden, hierbei jedoch ausschließlich bei Verursachung durch einen Chefarzt des Hauses im Rahmen seiner Nebentätigkeit. Die Pflicht zum Abschluss ist in den Chefarztverträgen geregelt. Das St.-Marien-Hospital tritt aufgrund günstigerer Prämien jedoch als Versicherungsnehmer auf.

WEITERE SONDERVERSICHERUNGEN SIND:

- Betriebsrechtsschutzversicherung, z.B. für Arbeits- und Sozialgerichtsklagen, Strafverfahren, für alle Mitarbeiter des Hauses
- Kfz-Versicherungen für alle Dienstwagen (Haftpflicht und Vollkasko)

RISIKOMANAGEMENT/UMGANG MIT DRITTMITTELKONTEN

Im Zuge einer gesetzlichen Änderung wurde in 1997/98 auf die Novellierung hingewiesen und der Umgang mit Drittmittelkonten durch ein Rundschreiben geregelt und bekannt gegeben. Demnach sind Zuwendungen generell abzulehnen. Bei Nichtbeachtung drohen intern arbeitsrechtliche, extern strafrechtliche Konsequenzen.

RISIKOMANAGEMENT/SCHADENSERSATZ-, HAFTPFLICHTVERFAHREN GEGEN DAS KRANKENHAUS

Macht ein Geschädigter einen Anspruch auf Schadensersatz gegenüber dem St.-Marien-Hospital geltend, wird der Schaden, worüber in der Regel bereits im Vorfeld die Mitarbeiter oder der Schadensverursacher selbst (telefonisch, schriftlich oder per E-Mail) den Verwaltungsdirektor informiert, an den Versicherungsmakler gemeldet. Dieser führt so schnell wie möglich eine Klärung bzw. die Schadensregulierung herbei. Eingehende Klagen werden sofort – noch am Tag des Eingangs im St.-Marien-Hospital – an den entsprechenden Versicherungsmakler weitergeleitet, da in diesen Fällen ein Anwalt eingeschaltet und Fristen eingehalten werden müssen. Die Bearbeitung läuft gänzlich über die Anwälte der Versicherung. Der Schriftwechsel mit dem St.-Marien-Hospital wird über den Verwaltungsdirektor geführt, welcher über das Sekretariat z.B. auch die erforderlichen Unterlagen beibringt, den Kontakt zu den in Anspruch genommenen Mitarbeitern hält und ggf. beratend

– beispielsweise bei Stellungnahmen – tätig wird. Die Akten/Dokumentationen zu allen drohenden, anhängigen und abgeschlossenen Verfahren werden bei der Verwaltungsdirektion aufbewahrt und können jederzeit, z.B. zur Ermittlung des Sachstandes, eingesehen werden.

5.3.5.2. PROJEKTE IN 2005

Kein Beitrag für das Berichtsjahr.

5.3.6. EXTERNE BEZIEHUNGEN & NETZWERKE
5.3.6.1. ALLGEMEINE INFORMATIONEN

INFORMATIONSÜBERMITTLUNG AN EXTERNE STELLEN UND MITGLIEDSCHAFTEN

- Anfragen der Staatsanwaltschaft werden in der Geschäftsführung schriftlich dokumentiert und von da ggf. auch bearbeitet
- Übermittlung der Daten gemäß §301 SGB V durch das Patientenmanagement
- Bearbeitung von Anfragen des MDK ebenfalls über das Patientenmanagement, bei Überprüfungen Mitwirkung des Geschäftsbereiches Controlling

MITGLIEDSCHAFTEN IN KRANKENHAUSKOOPERATIONEN UND WEITERE EXTERNE KONTAKTE

- CLINOTEL
- AGKAMED-K-E-L-M GmbH
- Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen
- Caritasverband
- VKD (Verwaltungsdirektor und stellv. Verwaltungsdirektor)

PRESSE- UND ÖFFENTLICHKEITSARBEIT

GRUND

Die Krankenhäuser stehen -besonders durch die zur Zeit rege Diskussion im Gesundheitswesen- im Blickpunkt der Öffentlichkeit.
Das Image eines Krankenhauses wird nicht nur durch die Qualität der ärztlichen oder pflegerischen Behandlungsleistungen geprägt, sondern auch durch die Darstellung in den öffentlichen Medien.

ZIEL

Durch aktive, professionelle Pressearbeit ein positives Image in der Öffentlichkeit aufbauen.

VORGEHEN

XI-I Die Öffentlichkeitsarbeit ist ein Instrument des Marketings, um bei der Bevölkerung Vertrauen und Ansehen zu gewinnen. Dabei sind der Öffentlichkeit Informationen in sachlicher und umfassender Form zeitnah bereitzustellen.

XI-II Der für Presse- und Öffentlichkeitsarbeit Verantwortliche hat folgende Aufgaben:

- Koordinierung aller Maßnahmen, die das Ansehen des Hauses verbessern können
- Strategien zur einheitlichen Außendarstellung entwickeln
- Kontaktpflege und Ansprechpartner für die Medien
- Erstellen und Versenden von Pressemitteilungen an die Printmedien und den lokalen Rundfunk
- Vorbereitung und Koordinierung von Pressekonferenzen
- Presseauswertung

MASSNAHMEN

Im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit wurden/werden folgende Maßnahmen ergriffen:

- Erstellung von Fachabteilungsbroschüren in einheitlichem Layout
- Fortlaufende Presseinformationen zu aktuellen Ereignissen im Krankenhaus, rechtzeitig vor aktuellen Ereignissen wird telefonisch Kontakt zu den Redakteuren von Presse und Rundfunk aufgenommen und Termine vereinbart
- Pressemitteilungen werden erstellt und per E-Mail an die örtlichen Tageszeitungen und den lokalen Rundfunk versandt
- Pressemitteilungen und aktuelle Veranstaltungen werden auf der Internetseite des SMH dargestellt
- Abteilungen des Krankenhauses stellen Behandlungsmethoden durch gezielte Fachbeiträge in der lokalen Presse vor
- Veranstaltung eines Tages der Offenen Tür
- Bekanntmachung der monatlichen Informationsveranstaltungen zum „Gesundheitsdialog in Lünen“ in der lokalen Presse
- Erstellung des „SMH-Presse-Journals“ als jährlicher Rückblick auf die Ereignisse und Entwicklungen des Jahres
- Marketing-Einträge in Fachzeitschriften, Fachbüchern, Klinikverzeichnissen und anderen öffentlichen Printmedien

5.3.6.2. PROJEKTE IN 2005

Teilnahme an dem Projekt „Klinikführer Rhein-Ruhr 2005/2006“. Das bundesweit einmalige Handbuch des Initiativkreises Ruhrgebiet untersuchte im Jahre 2005 Qualität und Leistung klinischer Versorgung von 74 teilnehmenden Krankenhäusern mit insgesamt 392 Fachabteilungen aus der Region Rhein-Ruhr. Kriterien der Befragungen und Erhebungen waren:

- Patientenbefragung
- Ärztebefragung
- Fallzahlenanalyse
- Qualitätsanalyse

ERGEBNIS

Der Erfolg von Pressearbeit ist schwer messbar, da ein positives Image betriebswirtschaftlich kaum zu erfassen ist. Allerdings bieten Patientenumfragen die Möglichkeit dazu. Hier müssen wir erfragen, warum der Patient gerade auf unser Krankenhaus aufmerksam wurde.

5.3.7. EXTERNE DATEN, VERGLEICHE & BENCHMARKING

5.3.7.1. ALLGEMEINE INFORMATIONEN

Innerhalb des Clinotel-Verbundes werden zur externen Qualitätssicherung, für Vergleichszwecke und Benchmarking folgende Daten geliefert:

- Personalmengen
- Personalkosten Pflege
- Daten der Erlössicherung
- DRG-Kodierung
- Pflegeaudit

Die daraus zurückgemeldeten Benchmarkergebnisse wurden in folgenden Bereichen mit den Verantwortlichen diskutiert:

- DRG-Kodierung:
  - Analyse der unspezifischen Diagnosen und Prozeduren,
  - Analyse des CMI Haus- und Abteilungsvergleich mit Schwachstellenanalyse und Beratung der betroffenen Kliniken
  - Analyse der erfassten ICD und OPS pro Patient
  - Analyse der Leitsatzverstöße und Beratung der betroffenen Kliniken
- Personalkennzahlen
  - Vergleich der Vollkräfte im ärztlichen und pflegerischen Bereich
  - Vergleich der Kosten pro Vollkraft im ärztlichen und pflegerischen Bereich
- Erlössicherung
  - Debitorenreichweite
  - Erlöse pro Fall beim Ambulanten Operieren mit Optimierung der Abrechnung

- Vergleiche zwischen den Mitgliedshäusern, die sich an der über Clinotel organisierten und von Picker durchgeführten Patientenbefragung beteiligten

Die Krankenhauszweckverbände in Westfalen beauftragten das Institut GSG mit einem quartalsweisen Benchmark innerhalb der dem Zweckverbänden angehörenden Mitgliedshäusern bezüglich Kodierqualität und abgerechnetem durchschnittlichem CMI. Diese Ergebnisse wurden im Rahmen der MES-Gespräche mit den Chefärzten, teilweise den Oberärzten und den Stationsleitungen besprochen. Bei Optimierungsbedarf wurden durch das Medizin-Controlling Beratungen und Schulungen durchgeführt.

5.3.7.2. PROJEKTE IN 2005

Kein Beitrag für das Berichtsjahr.

5.3.8. CONTROLLING, INVESTITIONS- & FINANZMANAGEMENT

5.3.8.1. ALLGEMEINE INFORMATIONEN

KAUFMÄNNISCHES CONTROLLING

GRUND

Das Controlling hat dem Management rechtzeitig Informationen zur Verfügung zu stellen, durch die es in die Lage versetzt wird, den Krankenhausbetrieb wirksam zu steuern und wirtschaftlich zu führen.

ZIEL

Schaffung eines Instrumentariums, das Daten und Maßnahmenvorschläge liefert, um die unternehmerischen Ziele des Krankenhauses zu erreichen.

VORGEHEN

Das kaufmännische Controlling ist im St.-Marien-Hospital Lünen als Stabsstelle konzipiert und direkt der Geschäftsführung unterstellt.
Das Controlling liefert Berichte, Auswertungen und Analysen für sämtliche Entscheidungsträger des Krankenhauses sowie Berichte und Statistiken für externe Stellen.

PLANUNG UND BUDGETIERUNG

Der zunehmende Kosten- und Wettbewerbsdruck zwingt die Krankenhäuser zu einer stringenten Planung der Kosten und Leistungen. Das Controlling liefert die für die Planung benötigten Daten aus den Vorjahren und entwickelt in Zusammenarbeit mit den betroffenen Entscheidungsträgern Szenarien für zukünftige Entwicklungen. Besonderes Augenmerk gilt hier den Personal – und Sachkosten der medizinischen Leistungsbereiche. Die Kosten für den medizini-

schen Sachbedarf werden nicht starr, sondern flexibel auf der Grundlage von Kosten pro Fall bzw. Kosten pro Leistungseinheit geplant, um so Leistungsänderungen berücksichtigen zu können. Aus den Plandaten werden in einem ersten Schritt Budgets für die einzelnen Abteilungen sowie für das gesamte Krankenhaus entwickelt (Bottom-Up-Verfahren). In einem zweiten Schritt werden die Budgets an die Deckelung durch die Budgetobergrenze angepasst (Top-Down-Verfahren).

TÄTIGKEITSBEREICHE DES KAUFMÄNNISCHEN CONTROLLINGS IM EINZELNEN:

In den Aufgaben- und Zuständigkeitsbereich des Kaufmännischen Controllings fallen:

- Vorbereitung, Begleitung und Abschluss der Budgetverhandlungen mit dem Zweckverband des Ruhrbezirks und der Arbeitsgemeinschaft der Sozialleistungsträger
- Erstellung des Steuerungsinstrumentariums/Berichtswesens für Kuratorium, Betriebsleitung sowie die Chef- und Oberärzte und Stationsleitungen nach u.a. Leistungen und Kosten
- Kosten- und Leistungsrechnung, die die Pflege des Kostenstellenplans und der Kontierungsrichtlinien, die Leistungserfassung und –berichte (z.B. Funktionsbereiche) beinhaltet
- Erstellung von Statistiken für Externe (u.a. § 21 – KHEntgG – Datensatz, Krankenhausstatistik nach der KHStatV, Dachverbände)
- Wirtschaftlichkeitsanalysen (bei Bedarf),
- Jahresabschlussarbeiten (Erlösverprobung, Erlösausgleichsberechnungen, Bewertung unfertiger Erzeugnisse)
- Darstellung wirtschaftlicher Verhältnisse
- Teilnahme an Sitzungen
  - monatliche Bereichsleitersitzung
  - monatliche Gespräche, die pro Fachabteilung ca. 1 Stunde dauern (Teilnehmer: Verwaltungsdirektor, Herr Göke, Chefarzt, Stationsleitung, u.U. Oberarzt, Medizin–Controlling, OP-Leitung und Ambulanzleitungen)
  - wöchentliche gemeinsame Besprechungen der Kaufmännischen Bereiche I und II mit Protokollierung
- laufende Budgetüberwachung mit Abweichungs- und Schwachstellenanalyse

  Für die unterjährige Überwachung und Steuerung der Leistungsbereiche wurde ein Berichtswesen implementiert, das monatlich herausgegeben wird und die Kosten- und Leistungssituation der einzelnen Leistungsbereiche bzw. Fachabteilungen aufzeigt:

am 3. d. Mon.	Belegungsstatistik der Fachabteilungen mit Hochrechnung Aufnahmestatistik der Fachabteilungen Einweiserstatistik
am 4. d. Mon.	Kapazitätsauslastung des zentralen OP zur Überwachung und Steuerung des OP-Bereichs Auswertung der Wechselzeiten Aufbereitung der Leistungen der Funktionsbereiche
am 10. d. Mon.	OP-Auswertung der operativen Fachrichtungen als Hochrechnung der OP-Zeiten absolut und je Fall
am 15. d. Mon.	Monatsbericht Erlöscontrolling je Fachabteilung und Monatsbericht Betriebsleitung jeweils kumuliert und als Hochrechnung. Aufbereitung der Kosten aus der Summensaldenliste für die Geschäftsführung Auswertung der Sachkosten pro Station Auswertung des medizinischen Sachbedarfs pro Fachabteilung
am 16. d. Mon.	Ergebniscontrolling als Gewinn- und Verlustrechnung je Monat und als Hochrechnung Erstellung von Materiallisten des medizinischen Sachbedarfs pro Fachabteilung Aufbereitung der Kosten der fremden Institute Aufbereitung der Kosten für Konsiliarärzte
am 20. d. Mon.	Hochrechnung der Personalkosten je Dienstart Ermittlung der Vollkräfte aller Kostenstellen als Vorjahresvergleich

DATENQUELLEN DES CONTROLLINGS

Als Datenquelle nutzt das Controlling die betrieblichen EDV-Systeme:

- **SAP R/3** für List-Reports im Controlling über Kosten und Erlöse sowie im Patientenmanagement über Belegung und Leistungen
- **CyMED** als Datenextrakt über Patientendaten und medizinische Leistungen, wie Diagnosen und Prozeduren
- **Leisys**-Leistungserfassungssystem als Auswertung der Medizinischen Diagnostik
- **OSM** zur Ermittlung der Leistungsdaten des Labors
- **KIDICAP**-Personalabrechnungssystem als PC-Download und Listenausdruck vom externen Rechenzentrum über Vollkräfte und Bezugsarten

INSTRUMENTE DES CONTROLLINGS

Während einige wenige Berichte direkt mit dem Erfassungssystem erstellt werden können, wird der Großteil der Berichte mit den gängigen Controlling-Instrumenten MS-Excel und MS-Access erstellt. Die im Aufbau befindliche Kostenträgerrechnung wird mit der Software von SAP umgesetzt. Zusätzlich wird das Programm Qlik-View eingesetzt, das die schnelle Zusammenführung und Aufbereitung von Daten aus verschiedenen Datenquellen ermöglicht.

ERGEBNIS

Die Berichte werden den Budgetverantwortlichen zugeleitet und anschließend in persönlichen Gesprächen zwischen Verwaltungsdirektor, dem Controller und den Verantwortlichen interpretiert und analysiert, mit dem Ziel der Erkennung von Abweichungen und deren Ursachen. Durch die aussagefähigen Hochrechnungen in den Berichten ist die Betriebsleitung in der Lage, frühzeitig Zielabweichungen zu erkennen.

MASSNAHMEN

Budgetabweichungen und Auffälligkeiten, die mit der Zielvorgabe nicht übereinstimmen, werden durch entsprechende Maßnahmen korrigiert. Bei Bedarf werden Budgetabweichungen vom Controller detailliert aufbereitet – z. B. durch Materiallisten über den Verbrauch des Medizinischen Bedarfs – um die Ursache für die Abweichung aufzuzeigen und zu begründen. Ziel ist der sparsame Einsatz der zur Verfügung stehenden Ressourcen.

UNTERSTÜTZUNG DER UNTERNEHMENSPLANUNG UND STEUERUNG DER WIRTSCHAFTLICHEN ERGEBNISSE

Der wichtigste Auftrag des Kaufmännischen Controlling liegt in der Unterstützung der Unternehmensplanung und der anschließenden Steuerung der wirtschaftlichen Ergebnisse nebst dazugehöriger Kommunikation und Beratung.
Hierzu wird der Geschäftsbereich Controlling bei der Erstellung des Wirtschaftsplanes einbezogen. Der entscheidendere Part der internen Planung und Steuerung erfolgt jedoch über die interne Budgetierung der Kliniken und die Überwachung der Zielerreichung.
Bisher werden zu Beginn eines Wirtschaftsjahres Leistungen, Erlöse und Kosten der jeweiligen Klinik geplant und mit den Chefärzten abgestimmt.

BERICHTSWESEN

Die Überwachung der Planwerte und die Abgabe sowie Diskussion von Steuerungsempfehlungen in den MES-Gesprächen zählten in 2005 zu den wesentlichen Kernprozessen im Kaufmännischen Controlling.
Das Berichtswesen ist in drei Empfängerkreise aufgeteilt:

- Kuratorium
- Betriebsleitung
- Verantwortliche Chefärzte und Stationsleitungen, OP-Leitungen, Ambulanzleitungen

Das Kuratorium erhält monatlich einen Überblick über die kurzfristige Erfolgsrechnung der Klinik. Der Bericht wird vom Verwaltungsdirektor erstellt, das Controlling bereitet die entsprechenden Daten vor.
Die Betriebsleitung sowie die Chefärzte, die Stationsleitungen, OP-Leitungen und Ambulanzleitungen erhalten einen monatlichen Bericht über die Kosten des St.-Marien-Hospitals. Dabei werden für die Betriebsleitung die Werte zusammengefasst, während die Kliniken und Verantwortlichen aus der Pflege ihre Einzelergebnisse erhalten.

Mit Hilfe des Reporting-Systems sollen alle Verantwortlichen in die Lage versetzt werden, einen Überblick über die entstandenen Ressourcenverbräuche zu erhalten. Sie sollen darüber hinaus den Zielerreichungsgrad ihrer Plan-Zahlen erkennen können und möglichst Unterstützung erhalten, welche Maßnahmen zur weiteren Zielerreichung beitragen.
Darüber hinaus werden Kostensituationen der Fachabteilungen mit Planwert (pro Jahr, pro Monat), Ist-Kosten aus der Finanzbuchhaltung bis zum Berichtszeitpunkt, den voraussichtlichen Jahresergebnissen und entsprechenden Abweichungen dargestellt.
Die Entwicklung und Umsetzung des Berichtswesens direkt aus SAP sind für 2006 vorgesehen.

MEDIZIN-CONTROLLING

TÄTIGKEITSBEREICHE DES MEDIZIN - CONTROLLINGS

- In den Aufgaben- und Zuständigkeitsbereich des Medizin - Controllings fallen:
- Vorbereitung, Begleitung und Abschluss der Budgetverhandlungen mit dem Zweckverband des Ruhrbezirks und der Arbeitsgemeinschaft der Sozialleistungsträger
- Erstellung des Steuerungsinstrumentariums/Berichtswesens für Kuratorium, Betriebsleitung sowie die Chef- und Oberärzte und Stationsleitungen nach Leistungen und Erlösen
- Unterstützung der Unternehmensplanung und Steuerung der wirtschaftlichen Ergebnisse

Der wichtigste Auftrag des Medizin-Controlling liegt in der Unterstützung der Unternehmensplanung und der anschließenden Steuerung der wirtschaftlichen Ergebnisse nebst dazugehöriger Kommunikation und Beratung sowie der Kontrolle der korrekten Abrechnung der stationären Krankenhausleistungen.
Hierzu wird das Medizin-Controlling bei der Erstellung des Wirtschaftsplanes einbezogen. Der entscheidendere Part der internen Planung und Steuerung erfolgt jedoch über die interne Budgetierung der Kliniken und die Überwachung der Zielerreichung.
Bisher werden zu Beginn eines Wirtschaftsjahres Leistungen und Erlöse der jeweiligen Klinik geplant und mit den Chefärzten abgestimmt. Aufgrund der verzögerten Budgetverhandlungen wurde in 2005 im Januar ein vorläufiges Budget erstellt, welches im September an die dann für 2005 mit den Sozialleistungsträgern getroffene Vereinbarung angepasst wurde.

- Teilnahme an Sitzungen
- monatliche Bereichsleitersitzung
- monatliche MES-Gespräche, die pro Fachabteilung ca. 1 Stunde dauern (Teilnehmer: Verwaltungsdirektor, Herr Göke, Chefarzt, u.U. Medizin-Controlling, Oberarzt, Stationsleitung, OP-Leitung und Ambulanzleitungen)
- wöchentliche gemeinsame Besprechungen der kaufmännischen Bereiche I und II mit Protokollierung
- wöchentliche Besprechung (Mittwochsrunde) im Bereich Medizin – Controlling mit Protokollierung
- DRG-Arbeitsgruppe

- Weitere Aufgaben des Medizin – Controllings sind:
- Qualitätssicherung (Überprüfung/Sicherstellung der Übermittlung aller BQS-Bögen)
- Erlössicherung
  - Erstellung des monatlichen DRG-Info-Briefes
  - 14-tägig Dienstags stattfinden DAKMAB
  - Kontrolle des zeitnahen Fallabschlusses in Cymed (innerhalb drei Kalendertagen nach Entlassung des Patienten)
  - Durchführung und Organisation von Schulungen für Ärzte und Mitarbeiter des Pflegedienstes
  - die Entwicklung von Kodierungshilfen
  - die Begleitung von Krankenkassen- und MDK-Prüfungen
  - Verbesserung der Kodierqualität in Zusammenarbeit mit dem Clinotel-Krankenhausverbund, z.B. Veränderung der Kodierqualität der einzelnen Fachabteilungen im zeitlichen Ablauf und im Vergleich zu anderen Fachabteilungen im St.–Marien-Hospital sowie im Vergleich zu anderen CLINOTEL-Häusern, bzw. Veränderung der Qualität der Kodierung und des CMI werden analysiert, regelmäßig den Klinikverantwortlichen berichtet und bei Anpassungsbedarf werden die Verantwortlichen beraten und geschult
  - Beantwortung aktueller Anfragen aus dem Haus

  - Kontrolle bei intern verlegten Patienten in Bezug auf korrekte Hauptdiagnose und Qualität der Kodierung
  - Ständige Kontrolle der Datenqualität im Rahmen der täglichen Clinotel-Auswertungen
  - Entwicklung von Kontrollsystemen zum Aufspüren teurer ICD- und OPS-Kodes
- Unterstützung der EDV-Abteilung bei Einführung neuer Module
- Unterstützung der EDV-Abteilung in der Hotline
- Pflege der Haus- und Kodierkataloge
- Bearbeitung von Krankenkassenanfragen
- Bearbeitung und Umsetzung der Zweckverbandsanalysen
- Vorträge
  - Klinikkonferenz
  - Clinotel-Projekt: Klinisches Controlling
- Projektarbeit z.B.
  - Ambulantes Operieren
  - 301 – Umsetzung und Unterstützung
  - Clinical Pathways
  - Integrierte Versorgung
  - Entzerrung der Warteschlangen in den Ambulanzen und der stationären Aufnahmeabteilung

FINANZMANAGEMENT

FINANZ- UND RECHNUNGSWESEN

TÄTIGKEITSBEREICHE IM FINANZ- UND RECHNUNGSWESEN

Die Abteilung Finanz- und Rechnungswesen ist dem Kaufmännischen Bereich I zugeordnet. Zu den Aufgaben der Abteilung Finanz- und Rechnungswesen zählen:

- Debitoren- und Kreditorenbuchhaltung
- Abwicklung des Zahlungsverkehrs
- Mahnwesen
- Rechnungseingangserfassung und teilweise Rechnungsprüfung
- Disposition der Finanzmittel (Kapitalanlage/ Finanzmanagement)
- Übernahme der Faktura aus dem Patientenmanagement
- Übernahme der Personalkosten aus der Lohn- und Gehaltsabrechnung
- Verbuchung der Geschäftsvorfälle auf Kostenarten und -stellen
- Abgabenberechnung der Chefarztabgaben im stationären und ambulanten Bereich
- Abrechnung konsiliarische Untersuchungen von Patienten auswärtiger Krankenhäuser
- Quartalsabrechnung für Chefärzte aus Tätigkeiten im Ermächtigungsbereich
- Notfallabrechnung aller Fachrichtungen mit der Kassenärztlichen

Verwaltung Westfalen-Lippe
- Abrechnung der ambulanten Operationen
- Abrechnung der D-Arzt-Ambulanz
- Verwaltung sämtlicher Zahlungseingänge
- Abrechnung der Gutachtenabgaben
- Erstellung der Umsatzsteuererklärungen/Umsatzsteuervoranmeldungen
- Vorbereitung der Gemeinnützigkeits- und Körperschaftssteuererklärungen
- Erstellung der Monatsabschlüsse und des Jahresabschlusses (St.-Marien-Hospital und Zentrale Krankenpflegeschule)
- Vorbereitung der Jahresabschlussprüfung durch die Wirtschaftsprüfer
- Erstellung der Wirtschafts-, Investitions- und Finanzpläne
- Erstellung der Liquiditätsübersichten
- Kontenpflege

Das originäre Ziel der Abteilung Finanz- und Rechnungswesen ist die Sicherstellung der Ordnungsmäßigkeit der Buchführung. Weitere Ziele sind:
- Die Sicherstellung der Liquidität des Unternehmens
- Eine optimale Kapitalanlage
- Die Schaffung von Grundlagen für das Berichtswesen zur Unternehmenssteuerung
- Die Erwirkung eines uneingeschränkten Bestätigungsvermerks im Rahmen der jährlichen Wirtschaftsprüfung
- Die Sicherstellung der Erfüllung aller steuerlichen Verpflichtungen des Unternehmens
- Die Schaffung von Grundlagen für ein Risikomanagementsystem/Risikofrüherkennung
- Die Schaffung der Grundlagen für die Genehmigung der jährlichen Wirtschaftspläne und Jahresabschlüsse

Um die o.g. Ziele zu erreichen, werden die dafür erforderlichen Tätigkeiten möglichst zeitnah erfüllt. Die einzelnen Prozesse und Verantwortlichkeiten werden laufend überprüft und definiert. Im Bereich des Zahlungsverkehrs ist ein „Vier-Augen-Prinzip“ gewährleistet. Im Rahmen des laufenden Finanzberichtswesens werden Plausibilitätsprüfungen durchgeführt, bei Abweichungen erfolgen eine Analyse und Erläuterungen.

KURZFRISTIGE ERFOLGSRECHNUNG

Die Erstellung der monatlich aktualisierten kurzfristigen Erfolgsrechnung gehört zu den Kernkompetenzen des Finanz- und Rechnungswesens. Die Grundlage ist eine differenzierte Kostenrechnung, die auf den in der Finanzbuchhaltung gebuchten Sach- und Personalkosten basiert. Um eine über das Jahr gleichmäßige Kostenverteilung zu erhalten, werden für die kurzfristige Erfolgsrechnung Abgrenzungsbuchungen für z.B. Jahresrechnungen vorgenommen.
Beim Ansatz der Umsatzerlöse erfolgt die Erfassung und Abstimmung sämtlicher erlösrelevanter Leistungen. Für den Bereich der ambulanten und stationä-

ren Leistungen wird eine Verprobung mit den Daten der Patientenverwaltung vorgenommen. Die kurzfristige Erfolgsrechnung wird monatlich den aktuellen Gegebenheiten angepasst und entspricht im Dezember eines Geschäftsjahres dem bilanziellen Ergebnis im Sinne einer Gewinn- und Verlustrechnung.
Die kurzfristige Erfolgsrechnung wird im Zeitreihenvergleich jeweils mit Angabe der Vorjahreswerte erstellt und zusammen mit den nötigen Leistungszahlen bis zum 15. des folgenden Monats der Geschäftsführung und dem Kuratorium zur Verfügung gestellt. Als Ergebnis schafft die kurzfristige Erfolgsrechnung, als laufende Periodenvergleichsrechnung, einen Überblick über die Ertragslage des St.-Marien-Hospitals und ist eines der Kerninstrumente zur Kontrolle und Steuerung des Unternehmens. Trends werden schnell erkannt und können rechtzeitig beeinflusst werden. Negative Abweichungen und Trends werden analysiert, diskutiert und – sofern erforderlich – Maßnahmen abgeleitet.

PRÜFUNGSBERICHTE

Gemäß Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) ist das St.-Marien-Hospital verpflichtet, regelmäßig jährlich einen Jahresabschluss für das abgelaufene Geschäfts- (und Kalenderjahr) zu erstellen. Das Kuratorium bestellt daher eine Wirtschaftsprüfungsgesellschaft und beauftragt diese, den Jahresabschluss zu einem bestimmten Termin zu erstellen. Das Rechnungswesen vereinbart daraufhin den Termin, bis zu dem der Jahresabschluss vorbereitet/erstellt wird. Die Prüfung des Jahresabschlusses erfolgt durch die Wirtschaftsprüfer. Sie erstellen die Jahresabschlussberichte (Prüfberichte) und testieren den Jahresabschluss (Erteilung des Bestätigungsvermerkes durch Wirtschaftsprüfer).

FORDERUNGSMANAGEMENT

Zur Vermeidung von Forderungsausfällen, Erhaltung der Liquidität und damit der Betriebsfähigkeit ist ein Forderungsmanagement/Mahnwesen erforderlich und im St.-Marien-Hospital etabliert. Hierbei ist es Aufgabe der Finanzbuchhaltung, Zahlungsrückstände anzumahnen. Neben dem schriftlichen Mahnverfahren betreiben wir bei zahlungsunwilligen Kunden – sowohl bei Selbstzahlern als auch bei Krankenkassen – ein Telefoninkasso, was oft sehr erfolgreich ist. Haben die praktizierten Mahnverfahren keinen Erfolg bzw. drohen die Forderungen zu verjähren, wird bei Selbstzahlern durch die Finanzbuchhaltung das gerichtliche Mahnverfahren mit Zwangsvollstreckung eingeleitet. Sollte auch dieses fruchtlos sein, wird der Vorgang an die Firma Creditreform übertragen, die die Forderung über Jahre weiter verfolgt. Unberechtigte Zahlungsrückstände von Krankenkassen werden an einen Anwalt zur weiteren – auch gerichtlichen – Durchsetzung unserer Ansprüche beauftragt.

5.3.8.2. PROJEKTE IN 2005

- Berichtswesen
  Die Überwachung der Planwerte und die Abgabe sowie Diskussion von Steuerungsempfehlungen in den MES-Gesprächen zählten in 2005 mit zu den wesentlichen Kernprozessen im Medizin-Controlling.
  Die geplanten Leistungen werden abgeglichen mit den jeweiligen Monatswerten bzw. kumulierten Ist-Leistungen. Dabei wird sich zum einen auf die Steuerungsparameter Fallzahlen, Case-Mix-Index sowie Verweildauer konzentriert. Bei größeren Abweichungen, die im Rahmen der MES-Gespräche nicht abschließend geklärt werden können, finden gezielte weitere Beratungsgespräche durch das Medizin-Controlling statt.
  Das Berichtswesen ist in drei Empfängerkreise aufgeteilt:
  - Kuratorium
  - Betriebsleitung
  - Verantwortliche Chefärzte und Stationsleitungen, OP-Leitungen, Ambulanzleitungen

  Das Kuratorium erhält monatlich einen Überblick über die kurzfristige Erfolgsrechnung der Gesellschaft. Der Bericht wird vom Verwaltungsdirektor erstellt, das Medizin-Controlling bereitet die Daten, die die Erlösseite betreffen, vor.
- Die Betriebsleitung sowie die Chefärzte, die Stationsleitungen, OP-Leitungen und Ambulanzleitungen erhalten einen monatlichen Bericht über Leistungen und Erlöse des St.-Marien-Hospitals aus dem Medizin-Controlling. Dabei werden für die Betriebsleitung die Werte zusammengefasst, während die Kliniken und Verantwortlichen aus der Pflege ihre Einzelergebnisse erhalten.

Mit Hilfe des Reporting-Systems sollen alle Verantwortlichen in die Lage versetzt werden, einen Überblick über das Leistungsgeschehen zu erhalten. Sie sollen darüber hinaus den Zielerreichungsgrad ihrer Plan-Zahlen erkennen können und möglichst Unterstützung erhalten, welche Maßnahmen zur weiteren Zielerreichung beitragen.

5.3.9. EINKAUFSMANAGEMENT, LOGISTIK & VERTRÄGE
5.3.9.1. ALLGEMEINE INFORMATIONEN

EINKAUFSWESEN

MATERIALBESCHAFFUNG, LAGERWIRTSCHAFT, INTERNE LOGISTIK, INVESTITIONEN

UND RECHNUNGSBEARBEITUNG

Die Einkaufs- und Wirtschaftsabteilung ist für die Beschaffung und Verteilung von Ge- und Verbrauchsgütern des medizinischen Bedarfs, Wirtschafts- und Verwaltungsbedarfs sowie Investitionsgüter zuständig – ausgenommen sind die Bereiche Apotheke, Küche und Technik. Zusätzlich ist die Abteilung für den Bereich der fremden Dienstleistungen (Wäsche, Reinigung) zuständig. Die Rechnungsbearbeitung für diese Bereiche sowie für Institutsleistungen, Konsiliarärzte und Krankentransporte erfolgt ebenfalls durch die Einkaufs- und Wirtschaftsabteilung.
Ziel ist die reibungslose und effiziente Versorgung sowie die Sicherstellung der Betriebs-/Handlungsfähigkeit der einzelnen Fachbereiche und Abteilungen des St.-Marien-Hospitals.
Im St.-Marien-Hospital wird zwischen Lager- und Sonderartikeln (Durchläufern) unterschieden. Für beide Arten sind die Abläufe standardisiert und in Regularien festgeschrieben.

Das Vorgehen kann wie folgt beschrieben werden:

STATIONS-/ABTEILUNGSANFORDERUNGEN FÜR ZENTRALLAGERARTIKEL

Die Anforderungen erfolgen per EDV-System (SMH-Intranet). Die Artikel werden mit Hilfe von Barcode-Lesegeräten kommissioniert und an die anfordernden Bereiche ausgeliefert. Nach erfolgter Kommissionierung wird ein bewerteter Lieferschein („Rechnung“) erstellt und somit ist auch die Kostenverbuchung erfolgt. Ist der Meldebestand erreicht, erhält der Einkauf eine Bestellvorschlagsliste zwecks Nachbestellung. Aufgrund dessen wird die endgültige Bestellung erstellt und über die Plattform von Medicforma an den Lieferanten weitergeleitet.
Nach Eingang der Ware werden die Lieferscheine im Zentrallager kontrolliert, bevor sie an den Einkauf weitergeleitet werden. Hier erfolgen der Abgleich zwischen Liefer-
schein und Rechnung sowie die Buchung. Da die Rechnungen EDV-gestützt (Überleitung der Daten in die Finanzbuchhaltung) und kostenstellenbezogen gebucht werden, ist die Überprüfung des Kostenbudgets jederzeit möglich.

STATIONS-/ABTEILUNGSANFORDERUNGEN FÜR SONDERARTIKEL (DURCHLÄUFER)

Der Bedarf der nicht lagermäßig geführten Artikel wird dem Einkauf per Formular (Bestellschein, Fax) mitgeteilt. Die Mitarbeiter der Abteilung Einkauf lösen sofort eine Bestellung aus, die ebenfalls über die Plattform von Medicforma an den Lieferanten weitergeleitet wird. Die Lieferung geht an das Zentrallager und wird von dort aus direkt an die anfordernde Stelle weitergeleitet. Die Rechnungsbearbeitung erfolgt wie bei Lagerartikeln (s.o.)

EINKAUFSGEMEINSCHAFT

Um dem Kostendruck weiterhin Stand halten zu können, ist das St.-Marien-Hospitalseit 1994 Mitglied der AGKAMED - K-E-L-M GmbH (Einkaufsgemeinschaft). Vordergründiges Ziel ist es - insbesondere durch Mengenbündelung kostenintensiver Produkte - eine Kostenreduzierung durch günstigere Konditionen (niedrigere Preise, Rabatte) und Bonusregelungen mit jährlichen Auszahlungen zu erreichen. Die Kostensenkung kann mangels Aufschlüsselung zwar nicht für einzelne Produkte nachgewiesen werden, jedoch werden in der Regel Preisnachlässe von bis zu 20% p.a. erzielt.

VERTRAGSWESEN

In der Zuständigkeit der Abteilung Einkauf und Materialwirtschaft liegt es, diverse Verträge (alt/neu) zu verhandeln. Hierunter fallen:

- Lieferantenverträge, z.B. OP-Abdeckung, Op-Sets
- Konsignationslager
- Mietverträge, z.B. Dekubitus, Wundversorgung
- Leasingverträge, z.B. für Kopiergeräte
- Dienstleistungsverträge, z.B. Gebäudereinigung
- Leihstellungen

Um die Versorgung und die Leistungsfähigkeit des Hauses zu optimieren, ist das St.-Marien-Hospital stets bestrebt, die Inhalte der Verträge zugunsten des Hauses zu gestalten bzw. anzupassen. Auslöser für die (Neu-) Verhandlung sind häufig das anstehende Ende der Laufzeit sowie die Leistungsverbesserung einer Abteilung insbesondere bei Leihstellungen. Sämtliche Originalverträge sind zentral bei der Geschäftsleitung abgelegt. Die zuständigen Abteilungen haben jeweils eine Kopie, zwecks Umsetzung und Fristigkeit.
Ebenso mit dem Ziel, die Kosten zu reduzieren, gibt es in unserem Hause Konsignationslager. Dadurch gibt es keine Lieferschwierigkeiten; Entnahme und Verbrauch erfolgen nach Bedarf, abgerechnet wird einmal im Monat. Somit konnten die Kosten durch die nachträgliche Bezahlung ausschließlich des entnommenen Materials (keine Vorkasse) und aufgrund der beim Anbieter liegenden Verantwortlichkeit für die Lagerhaltung (keine Überlagerung, kein Verfall, keine Lagerkosten) reduziert werden.
Die begrenzten Fördermittel sowie die Schnelllebigkeit von Technik und Technologie erlauben es häufig nicht, ständig neue Geräte zu beschaffen. Aus diesen

Gründen befasst sich der Einkauf – in Abstimmung mit dem ärztlichen Dienst und der Medizintechnik – auch mit Leihstellungen. Hierbei werden dem Haus Geräte als Probestellungen kostenlos zum gegenseitigen Test überlassen – bei gleichzeitiger entgeltlicher Abnahme von Verbrauchsmaterialien. Ziel ist es, die Erprobung nur mit geringem, finanziellem Aufwand durchzuführen und die Kaufentscheidung bei zukünftigen Investitionen zu erleichtern. Leihstellungen erfolgen nach einem festgelegten Prozedere in unserem Hause. Nach Prüfung und Genehmigung des Technischen Fragebogens und der Unterzeichnung des vorgegebenen Leihvertrages kann die Probestellung erfolgen.
Abschließend soll noch erwähnt werden, dass ein weiterer wichtiger Aspekt zum Jahresende die Bewertung der Inventur ist. Hier werden vom Einkauf sowohl die Lager- als auch die Abteilungsinventuren erfasst und bewertet.

6. WEITERGEHENDEN INFORMATIONEN

Kein Beitrag für das Berichtsjahr.

7. SCHLÜSSELERGEBNISSE

Kein Beitrag für das Berichtsjahr.

8. ZUSAMMENFASSUNG & AUSBLICK

Kein Beitrag für das Berichtsjahr.

Qualitätsbericht 2005

St.-Marien-Hospital-Lünen

PFLEGE

VI. PFLEGEDIENST

1. Vorwort 75
2. Verfasser 76
3. Basisinformationen 77
3.1. Inhalte, Auftrag & Ziele 77
3.2. Organisationsstrukturen, Leitung & Zuständigkeiten 79
3.3. Personal 84
3.3.1. Stellenplan & Qualifikationen 84
3.3.2. Ausbildung & Fachweiterbildung 87
3.3.3. Traineeprogramme, Praktika & Hospitationen 96
3.3.4. Lehre, Forschung & Entwicklung 97
3.4. Serviceangebote, Schwerpunkte & Spezialitäten 99
4. Technische Ausstattung 103
5. Qualitätssicherung 103
5.1. Strukturen & Organisation 103
5.2. Methoden & definierte Verfahren 104
5.3. Prozesse 107
5.3.1. Patientenversorgung 107
5.3.2. Mitarbeiter 113
5.3.3. Sicherheit & Umwelt 119
5.3.4. Datenschutz & Datensicherheit 121
5.3.5. Organisation, Führen & Leiten 122
5.3.6. Externe Beziehungen & Netzwerke 125
5.3.7. Externe Daten, Vergleiche & Benchmarking 128
5.3.8. Controlling, Investitions- & Finanzmanagement 128
5.3.9. Einkaufsmanagement & Logistik 129
6. Weitergehende Informationen 130
7. Schlüsselergebnisse 131
8. Zusammenfassung & Ausblick 132
9. Christlichkeit, Ethik & Spiritualität (optional) 138

1. VORWORT

Bereits zum fünften Mal wird für den Pflegedienst unserer Klinik ein Qualitätsbericht vorgelegt, der inzwischen auch durch die Gesetzgebung im Gesundheitswesen gefordert wird. Die Inhalte, die Ergebnisse und der Umfang des Qualitätsberichtes für das Jahr 2005 wird nicht von den bisher vorgelegten Berichten abweichen, es sind zu den einzelnen Punkten Ergänzungen eingefügt. Wiederum erfolgt die Strukturierung nach den gesetzlichen Vorgaben und befasst sich mit den Qualitätsanteilen der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität.

Der Pflegequalitätsbericht des Jahres 2004 wurde ins Intranet des Krankenhauses eingestellt, so dass sich interessierte Mitarbeiter aller Berufsgruppen ausführlich informieren konnten.

Anlässlich des Pflegequalitätsberichtes 2005 haben die Mitarbeiter der obersten Leitungsebene des Pflegedienstes in Zusammenarbeit mit den Leitungen der innerbetrieblichen Fortbildung, der Weiterbildungsstätte für Intensivpflege und Anästhesie und der Leitung des Sozialdienstes die qualitätssichernden Maßnahmen, Projekte und strukturierenden Maßnahmen des Jahres 2005 geprüft und überarbeitet. Ein Jahr bringt in unserer abschließenden Erkenntnis immer wieder Veränderungen in einem schwer einzuschätzenden Ausmaß. Es überraschten uns Vorgänge, Handlungen und Abläufe, die wir für selbstverständlich hielten, gerade sie stellten wiederum einen wichtigen Beitrag zur Qualitätssicherung, d.h. einer verantwortungsvollen und hoch angesiedelten Pflege und Zufriedenheit der Patienten, aber auch der Mitarbeiter des Pflege- und Funktionsdienstes sowie der ergänzenden Dienste des St.-Marien-Hospitals dar.

Sowohl den unter Punkt zwei Benannten als auch allen Stationsleitungen und Mitarbeitern am Krankenbett und in den Funktionsbereichen sei an dieser Stelle für ihren qualifizierten und unermüdlichen Einsatz gedankt. Nur durch ihre Gewissenhaftigkeit, ihre fachliche und menschliche Einsatzbereitschaft konnte der Auftrag „Krankenpflege“ in unserem Hause erfüllt werden.

Eine Anmerkung sei zu Beginn erlaubt: im weiteren Verlauf des Berichtes wird zum einfacheren Lesen allein der Begriff „Mitarbeiter“ verwandt, schließt jedoch weibliche und männliche Beschäftigte gleichermaßen ein.

2. VERFASSER

Die Pflegedirektorin und die leitenden Mitarbeiter der einzelnen Bereiche, die in ihren Zuständigkeitsbereich fallen, haben sich mit Engagement an der Erstellung des nachfolgenden Qualitätsberichtes beteiligt.

Im einzelnen sind dies:

Annegret Worpenberg
Stellvertretende Pflegedirektorin und Bereichsleitung stationäre Pflege inklusive Intensivpflege und Kreißsaal

Hiltrud Lohmann
Leitung innerbetriebliche Fortbildung

Dorothe Deppe
Bereichsleitung Funktionsbereiche

- Zentral-OP
- Anästhesie
- Schmerztherapie
- Ambulanzen/stationäre Aufnahmebereiche
- Zentralsterilisation
- Operative und konservative Diagnostik

Martina Bauer
Leitung der Weiterbildungsstätte für Intensivpflege und Anästhesie

Ulrike Kollmann
Leitung Sozialdienst

Thea Kress
Evangelische Pfarrerin

Reinhard Potthoff
Hygienefachpfleger

Michael Billeb
Projektverantwortlicher für Dekubitusdokumentation

3. BASISINFORMATIONEN
3.1. INHALTE, AUFTRAG & ZIELE

Dem Inhalt unserer Krankenpflege liegt ein christliches Menschenbild zugrunde. Es besteht in Ehrfurcht vor dem Leben in jedem Alter, auch während der Schwangerschaft und in der Zeit des Sterbens. Der Mensch wird in seiner Gesamtheit von Körper, Geist und Seele als Ganzheit gesehen, das heißt, dass ein Teil nicht vom Ganzen zu trennen ist. Krankheit, Behinderung und Tod schließen die Würde des Menschen nicht aus.

Als **Auftrag** unserer Pflege sehen wir

- Begegnung mit den gesundheitlich hilfsbedürftigen Menschen auf der Basis der Bereitschaft, sich professionell auf Behinderung, Krankheit und Sterben einzulassen
- Erkennen der individuellen Bedürfnisse des kranken Menschen, bedingt durch die Krankenhausdiagnostik und -therapie, die Situation, die Umgebung und das momentane Erleben
- Hilfeleistung bei der Gesunderhaltung der Bevölkerung
- Individuelle und umfassende Pflege und Eingehen auf die psychosozialen Bedürfnisse der Menschen beim Krankwerden, Kranksein, Gesundwerden, Krankbleiben oder Sterben durch individuelle Begleitung, Betreuung, Versorgung, Beratung, Fürsorge, Behandlung und den persönlichen Umgang mit dem kranken Menschen
- Ausführen pflegerischer und therapeutischer Handlungen, die der kranke Mensch aus Mangel an Kraft, Wissen oder Können nicht selber ausführen kann
- Weiterleitung von Informationen über Bedürfnisse der kranken Menschen, deren Erfüllung den Kompetenzbereich der Krankenpflege überschreitet
- Assistieren bei Maßnahmen im Zusammenhang mit ärztlicher Diagnostik, Therapie und Ausführen ärztlicher Anordnungen
- Zielgerichtete Zusammenarbeit im Pflegeteam und mit anderen an der Gesundheitsversorgung beteiligten Berufsvertretern
- Planen und Durchführen, Bewerten und Dokumentieren des Pflegeverlaufs
- Mitwirken bei Innovationen auf allen Ebenen des Gesundheitssystems

Unser **Ziel** ist die Förderung und Erhaltung der Gesundheit sowie der Verhinderung von Krankheiten. Pflege wird in einem zwischenmenschlichen Beziehungsprozess möglich. Ebenso liegt die Bedeutung der Pflege in der Leistung von Hilfestellungen für den einzelnen, in der Durchführung jener Handreichungen, die zur Gesundheit, Genesung oder zu einem friedlichen Tod beitragen, welche der Kranke selbständig durchführen würde, wenn er über die nötige Kraft, den Willen und das Wissen verfügte.

Die Erfüllung dieses hohen Anspruchs war auch im Jahr 2005 nur mit größter Anstrengung zu leisten. Eine ständig steigende Patientenzahl verlangt bei kürzerer Verweildauer und absinkendem Personalstand nach gutem Organisationsgeschick und einer kompetenten Mitarbeiterführung. Der erhöhte Kostendruck hat den Leistungsdruck noch weiter verstärkt.

Aus diesen Anteilen leitet sich die **Aufgabenstellung** der Pflegedirektorin ab. Sie lässt sich aufteilen in:

- Betriebsbezogenes Management
- Mitarbeiterbezogenes Management
- Organisationsbezogenes Management
- Ausbildungsbezogenes Management

Die pflegerische Versorgung der Patienten wird durch zahlreiche, mit den Pflegenden der Klinik erarbeiteten Pflegestandards und durch die Pflegedirektorin erarbeitete Handlungsanweisungen sichergestellt.
Durch regelmäßige Angebote der innerbetrieblichen Fortbildung wird sowohl das Fachwissen als auch die psychosoziale Kompetenz der Mitarbeiter geschult und gefördert. In diese Schulungen fließen ebenso rechtliche Grundlagen und Vorschriften, die sich auch z.B. nationalen Richtlinien wie den Expertenstandards, ergeben, ein. Pflegequalität in Planung, Durchführung und Dokumentation wird durch regelmäßige Stationsvisiten und Fallbesprechungen sowohl durch die Mitarbeiter der Pflegedienstleitung als auch durch die Stationsleitungen überprüft. Die Auswahl von Pflege- und Pflegehilfsmitteln erfolgt unter qualitativen wie ökonomischen Aspekten.
Im Personalmanagement des Pflegebereiches wird hoher Wert auf eine gute Qualifikation der Mitarbeiter gelegt. Insbesondere wurden die Stationsleitungen und ihre Stellvertretungen für die mittlere Führungsebene, die einen wichtigen Auftrag im Krankenhaus übernimmt, auf ihre Aufgabenstellung hin geschult. Dienst- und Urlaubsplanung erfolgen EDV-gestützt und liegen im Aufgabenbereich der Stationsleitungen; die Genehmigung erfolgt durch die stellvertretende Pflegedirektorin und die Bereichsleitung für den Funktionsdienst. Die Personalausstattung der einzelnen Stationen und Fachbereiche erfolgt nach der Pflegepersonalregelung bzw. der im Hause geführten Leistungsstatistik. Strukturierte und bereits institutionalisierte Mitarbeitergespräche ermöglichen der Pflegedirektorin u.a. eine kontinuierliche Personalentwicklung.
Im Bereich der Krankenpflegeausbildung arbeitet die Pflegedirektorin eng mit der Krankenpflegeschule zusammen und sorgt für eine fachkompetente Grundausbildung im praktischen Bereich.
Die Pflegedirektorin vertritt die Interessen der Klinik nach außen. Sie arbeitet außerdem bei der Planung von Neu- und Umbaumaßnahmen mit.

Ziel der Arbeit der Pflegedienstleitung ist:

- die bestmögliche sach- und fachkundige, umfassend und individuell geplante Pflege der Patienten sicherzustellen, die sich am Grad seiner Erkrankung orientiert
- die gewissenhafte Assistenz des Pflegepersonals bei Maßnahmen der Diagnostik und Therapie
- die Kooperation mit allen Berufsgruppen der Klinik in gegenseitiger Akzeptanz
- bei den Mitarbeitern ein Verhalten zu erreichen, dass den Erfordernissen einer wirtschaftlichen Betriebsführung nachkommt
- dass die Patienten bei allen Bemühungen einer umfassenden Pflege im Mittelpunkt stehen und als Mensch gesehen werden, die neben ihrer Erkrank-ungen, die sie mitbringen, auch ihre individuellen Gefühle, Ängste und Bedürfnisse haben

3.2. ORGANISATIONSSTRUKTUREN, LEITUNG & ZUSTÄNDIGKEITEN

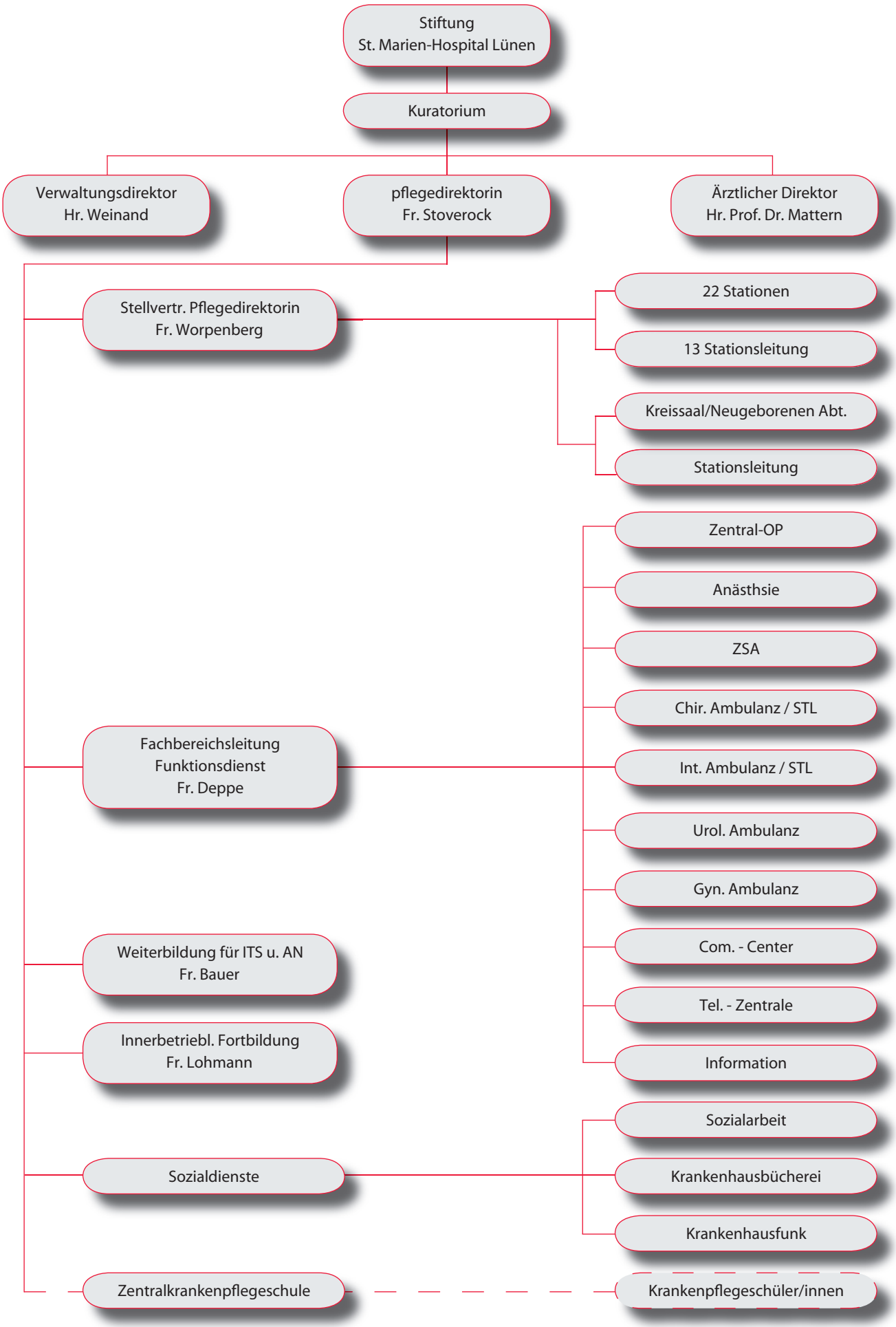
DIE PFLEGEDIREKTORIN

Die Leitung des Pflegedienstes liegt seit 1994 in den Händen von Marie-Luise Stoverock. Bis zu diesem Zeitpunkt leiteten, seit der Gründung des St.-Marien-Hospitals im Jahr 1865, Ordensschwestern nach der dritten Regel des Hl. Franziskus zu Münster-Mauritz die pflegerischen Geschicke des Hauses. Im Jahr 2004 lebten noch insgesamt neun Ordensschwestern im Konvent unseres Krankenhauses. Neben seelsorgerischen Anteilen übernahmen sie unterschiedliche Aufgaben in der Patientenversorgung.

Die Pflegedirektorin ist Mitglied im Direktorium der Klinik. Als Direktoriumsmitglied ist sie mitverantwortlich für das operative Geschäft des Krankenhauses. Sie ist für etwa 600 Mitarbeiter (incl. Auszubildende) verantwortlich. Sie findet Unterstützung durch Mitarbeiter, die mit umfangreichem Fachwissen und großem Engagement und Verantwortung die einzelnen Teilbereiche leiten.

Der Verantwortungsbereich der Pflegedirektorin umfasst sowohl die stationäre Pflege als auch die Funktionsbereiche OP, Zentralsterilisation, Ambulanzen und Kreißsäle. Ebenso sind die Bereiche Sozialdienst, Bibliothek, Krankenhausfunk, innerbetriebliche Fortbildung, Weiterbildung und praktische Ausbildung von Krankenpflegeschülern, Hebammenschülerinnen sowie Altenpflegeschülern der Verantwortung der Pflegedirektorin zugeordnet.

Eine Besonderheit in der Leitungsstruktur des St.-Marien-Hospitals ist an dieser Stelle zu benennen. Anstelle der ansonsten klassischen Zuordnung einer Station zu einer Stationsleitung und Stellvertretung wurde diese in unserem Haus im Jahre 1997 völlig verändert. Eine einzelne Leitung bekam mit ihrer Stellvertretung eine, zwei oder auch drei Stationen zugeordnet. Hier handelte es sich z.T. um die gleiche Fachabteilung, es waren aber durchaus auch zwei verschiedene Fachbereiche abzudecken. Auf diesem Weg wurde u.a. eine bessere Steuerung der Stationsbelegungen und -besetzung möglich.


Stiftung
St. Marien-Hospital Lünen
Kuratorium
Verwaltungsdirektor
Hr. Weinand
pflegedirektorin
Fr. Stoverock
Ärztlicher Direktor
Hr. Prof. Dr. Mattern
Stellvertr. Pflegedirektorin
Fr. Worpenberg
22 Stationen
13 Stationsleitung
Kreissaal/Neugeborenen Abt.
Stationsleitung
Zentral-OP
Anästhsie
ZSA
Chir. Ambulanz / STL
Fachbereichsleitung
Funktionsdienst
Fr. Deppe
Int. Ambulanz / STL
Urol. Ambulanz
Gyn. Ambulanz
Com. - Center
Weiterbildung für ITS u. AN
Fr. Bauer
Tel. - Zentrale
Innerbetriebl. Fortbildung
Fr. Lohmann
Information
Sozialarbeit
Sozialdienste
Krankenhausbücherei
Krankenhausfunk
Zentralkrankenpflegeschule
Krankenpflegeschüler/innen

STELLVERTRETENDE PFLEGEDIREKTORIN

Frau Worpenberg ist für die Mitarbeiter des gesamten stationären Pflegedienst mit 22 Stationen und den Kreißsaal verantwortlich. Bei Abwesenheit der Pflegedirektorin übernimmt sie aktuelle Aufgaben aus deren Bereich. Außerdem ist sie in vielen Arbeitsgruppen und regelmäßig tagenden Gremien wie der Arbeitsgruppe Zwischenfall- und Beschwerdemanagement der gynäkologisch-geburtshilflichen Abteilung, des Arbeitsschutzausschusses, Hygienekommission etc. vertreten.

LEITUNG FUNKTIONSBEREICH

Frau Deppe zeichnet für die Funktionsbereiche Zentral-OP, Gynäkologischer Funktionsbereich, Chirurgischer Funktionsbereich, Medizinischer Funktionsbereich inkl. Endoskopie und Linksherzkathetermessplatz, Kardiologische Elektrophysiologie, Pulmonologische Funktionsdiagnostik, Schmerztherapie, Urologischer Funktionsbereich und die Zentralsterilisation verantwortlich.
Zusätzlich obliegt ihr die Dokumentation nach den Vorschriften des Medizin-Produkte-Betreiber-Gesetzes. Im Jahr 2002 wurde, nach Trennung von einem externen Unternehmen, die Erarbeitung eines eigenen EDV-Systems zur Erfassung der eingewiesenen Mitarbeiter und Geräte bzw. Gerätetypen erarbeitet. Die personenbezogene Dokumentation für jeden Mitarbeiter wird anhand eines Gerätepasses durchgeführt.
Neben regelmäßiger Teilnahme an Sitzungen der Hygienekommission, des Arbeitsschutzausschusses, der Stationsleitungen etc. erteilt sie Unterricht in der Zentral-Krankenpflegeschule Lünen e.V..

LEITUNG DER INNERBETRIEBLICHEN FORTBILDUNG

Bereits seit dem Jahr 1992 ist in unserem Haus die Einrichtung „Innerbetriebliche Fortbildung“ ein fester Bestandteil. Neben Pflegefachthemen werden hier psychosoziale Themen, spirituelle Themen, gesundheitsfördernde Maßnahmen etc. angeboten und von fachkompetenten Dozenten vermittelt. Der größte Teil der Themen ist ein freiwilliges Angebot an die Mitarbeiter. Es gibt jedoch auch Pflichtveranstaltungen, an denen jeder Mitarbeiter teilnehmen muss.
Der Bereich innerbetriebliche Fortbildung (im weiteren IbF genannt) wird von Frau Lohmann geleitet. Sie hat die Qualifikation zur Pflegedienstleitung erworben und ist Supervisorin. Über ihre Dozententätigkeit in internen und externen Institutionen pflegt sie wichtige Kontakte, über die sie viele Informationen und Impulse für ihre Arbeit erhält. Die Dozententätigkeit innerhalb der IbF ist im folgenden nicht aufgeführt. Sie ist außerdem als Dozentin und Supervisorin in folgenden Bereichen tätig:

- Unterricht im Fachweiterbildungsverbund für Intensivpflege und Anästhesie am St.-Marien-Hospital Lünen
- Unterricht im Zentral-Krankenpflegeschule Lünen e.V.
- Lehrbeauftragte an der Katholischen Fachhochschule Köln, Supervision mit Studenten der Pflegepädagogik im Praxissemester
- Unterricht in Stationsleitungskursen einer externen Institution

- Supervision in verschiedenen Kliniken
- Unterricht für ehrenamtlich tätige Mitglieder von Hospizvereinen
- Supervision für ehrenamtlich tätige Mitglieder von Hospizvereinen

Die Dinge, die sie im Rahmen dieser Tätigkeiten von den Teilnehmern erfährt, veranlassen sie dazu, immer wieder diese themenbezogenen Situationen innerhalb des St.-Marien-Hospitals zu reflektieren, genauer nachzufragen und Veränderungsprozesse in Gang zu setzen.

LEITUNG DER WEITERBILDUNGSSTÄTTE INTENSIVPFLEGE UND ANÄSTHESIE

Die Leitung der Weiterbildungsstätte obliegt Frau Bauer. Sie ist Fachkrankenschwester für Intensivpflege und Anästhesie, Lehrerin für Berufe im Gesundheitswesen; sie ist bei der Deutschen Gesellschaft für Fachkrankenpflege Vorstandsmitglied und schloss bereits im Jahr 2002 bei der Ausbildungsgruppe in Essen den Lehrgang zur Praxisbegleiterin für Basale Stimulation ab. Ihre Stellvertretung ist Frau Werner; sie ist Fachkrankenschwester für Intensivpflege und Anästhesie und Lehrerin für Berufe im Gesundheitswesen.
Die Weiterbildungsstätte für Intensivpflege und Anästhesie wird unter der Federführung des St.-Marien-Hospitals betrieben. Insgesamt 13 Kliniken sind im Verbund an dieser Einrichtung beteiligt. Im Jahr 2005 lief der elfte Kurs mit anfangs 19 Teilnehmern nach der Weiterbildungs- und Prüfungsverordnung (WeiVIAPfl) zur/m Fachkrankenschwester/-pfleger in der Intensivpflege und Anästhesie des Landes Nordrhein-Westfalen vom 11.04.1995. Die Leitung pflegt durch ihre Dozententätigkeit in internen und externen Institutionen Kontakte. Somit erhält sie viele Impulse für ihre Arbeit. Es findet dort auch ein gegenseitiges Nehmen und Geben statt; so berät sie mit ihrer Mitarbeiterin Kollegen und gibt Wissen weiter. Durch den guten Austausch und durch Beratung wird die Arbeit der Weiterbildungsstätte reflektiert und viele Anregungen können mitgenommen werden.

EDV-PFLEGE

Im Bereich der EDV war bis zum 31.07.2002 ein Mitarbeiter für den Pflegebereich eingesetzt, der mit den Projekten „EDV-Dienstplanung“, Dekubituserfassung und EDV-technischer Verarbeitung, Datenerfassung und Auswertung im Pflege- und Funktionsdienst befasst war. Die Aufgabenstellung wurde für ihn durch die Einbindung in die EDV-Abteilung so komplex, dass er zum 01.08.2002 komplett in diesen Bereich wechselte. Die Bearbeitung der Belange des Pflegedienstes werden seitdem vom Leiter der EDV-Abteilung projektbezogen zugeordnet und somit nach wie vor mit persönlicher und fachlicher Kompetenz abgewickelt.
Für das Jahr 2006 ist die Benennung von sogenannten Pflege-EDV-Kontaktpersonen geplant, die die Pflegenden in der Umsetzung pflegerelevanter Software unterstützen werden.
Für das EDV-basierte Dekubitusmanagement ist ein Mitarbeiter mit geringfügigem Anteil dem Bereich IbF/Qualitätsmanagement zugeordnet worden.

STATIONSLEITUNGEN

Die Ebene der Stationsleitung bildet im Krankenhausbereich eine der wichtigsten organisatorischen und ökonomischen Schaltebenen. So wurde mit unserer Leiterin der innerbetrieblichen Fortbildung ein Konzept zur Professionalisierung für diesen Bereich erarbeitet.

Inhalte waren:

- Menschen erfolgreich führen und Motivation erhalten
- Teamarbeit systematisch entwickeln
- Mitarbeiterbeurteilung
- Konfliktbearbeitung
- Optimierung der Arbeitsablauforganisation
- Entwicklung eines Anforderungsprofils für die Mitarbeiter der mittleren Führungsebene
- Interdisziplinäre Kooperation unter den Aspekten von Auftrag und Wirtschaftlichkeit

Diese Trainings wurden mit unserer Leiterin der innerbetrieblichen Fortbildung und einem externen Trainer, Herrn Schlotmann, Dozent für integrative Medizin und Diplomtheologe, vorbereitet und durchgeführt. Systematisch wurden die Erwartungen der Pflegedienstleitung und der Teilnehmer im Vorfeld des Seminars erfasst. Weitere Themenschwerpunkte wurden eingebunden und in Teilnehmerunterlagen praxisbezogen dokumentiert.
Abschließend betrachtet stellt sich immer wieder aufs Neue heraus, dass Pflegende leicht wieder in ihre alten Verhaltensmuster verfallen und an dieser Stelle Förderung benötigen. Aus diesem Grunde werden die zuvor genannten Trainings regelmäßig angeboten. Inzwischen haben die Leitungen im Pflegedienst die Notwendigkeit derartiger Unterstützung in ihrer Arbeit erkannt und „fordern“ sie ein. Das zeigt sich auch im Rahmen der Arbeitsgruppe, die die Stationsleitungen im Anschluss an die Trainings initiierten. Unter der Moderation der Leitung der IbF bearbeiten die Leitungen aktuelle Themen aus dem Klinikalltag. Diese Tatsache spricht für ihr Qualitätsbewusstsein.
Erstmals wurden zwei Trainings mit den stellvertretenden Stationsleitungen durchgeführt. Unter dem Aspekt, dass Stationsleitungen sowie ihre Stellvertretungen in ihrer täglichen Arbeit verantwortungsbewusst leiten und führen, sind sie einer „Leitungs-Teamarbeit“ verpflichtet. Die Trainings der Stellvertretungen wurden mit der Pflegedienstleitung ebenso wie auch mit den Stationsleitungen reflektiert und bedingen sich gegenseitig.
Die Gesamtkonstellation der Leitungsebene hat in unserem Haus zu einer stringenten und qualitativ guten Umsetzung von wichtigen Projekten und Erreichen von Zielen geführt. Die Motivation ist auf dieser Ebene durch alle Maßnahmen sehr hoch. Auf diese Weise ist auch Innovation möglich.

Zwei stellvertretende Stationsleitungen absolvierten im Jahr 2005 einen Leitungskurs mit Projektarbeiten zu den Themen:

- Entwicklung eines Konzeptes zur Pflegevisite auf der Intensivstation
- Zielvereinbarungen im Leitungsteam

Die Umsetzung in einzelnen Stationen ist für das Jahr 2006 geplant.

3.3. PERSONAL
3.3.1. STELLENPLAN & QUALIFIKATIONEN
3.3.1.1 STELLENPLAN STATIONÄRER PFLEGEDIENST

Der Stellenschlüssel des stationären Pflegedienstes incl. der Nachtwachen und einer Intensivstation betrug im Laufe des Jahres durchschnittlich 294,18 Vollkräfte. In der nachfolgenden Tabelle ist die Aufschlüsselung nach Mitarbeitern (Vollkräften) dargestellt:

VOLLKRÄFTE: NORMALSTATIONEN, INTENSIVSTATION(EN) UND NOTAUFNAHME

Bereich	Anzahl VK
3- jährig examiniertes Pflegepersonal mit Fachweiterbildung	21,78
3- jährig examiniertes Pflegepersonal	205,16
3- jährig examiniertes Kinderkrankenpflegepersonal	12,50
3-jährig examiniertes Altenpflegepersonal	2,96
1-jährig examiniertes Pflegepersonal	18,34
Auszubildende in der Krankenpflege	5,36
Auszubildende in der Kinderkrankenpflege	0,00
Arzthelferinnen	3,10
Zivildienstleistende	0,30
Pflegehelferinnen	15,81
Jahrespraktikanten	0,97
Innerbetriebliche Fortbildung/QM	0,33
Erzieherinnen	0,00
Hauswirtschaftliche Hilfen	3,30
Pflegedienstleitung	2,00
Sekretärin(en) Pflegedienstleitung	0,00
Hebammen	1,50
Pflegesekretärinnen	0,77
Gesamt	**294,18**

3.3.1.2. STELLENPLAN FUNKTIONSDIENST

Der Stellenschlüssel des Funktionsdienstes incl. der Nachtwachen betrug im Laufe des Jahres durchschnittlich 100,3 Vollkräfte. Die Aufstockung des Stellenplans ergab sich aus der Erweiterung des operativen Spektrums und der OP-Zahl-Steigerung. In der nachfolgenden Tabelle ist die Aufschlüsselung nach Mitarbeitern (Vollkräften) dargestellt:

VOLLKRÄFTE IN DEN FUNKTIONSBEREICHEN

Bereich	Anzahl VK
3- jährig examiniertes Pflegepersonal mit Fachweiterbildung	25,07
3- jährig examiniertes Pflegepersonal	54,89
3-jährig examiniertes Altenpflegepersonal	1,00
Hebammen	7,11
Hebammenschülerinnen	0,00
Pflegehilfskräfte	3,70
Arzthelferinnen	5,00
Pflegehelfer	1,20
QM	0,33
Desinfektor	1,00
Hygienefachkraft	1,00
Gesamt	**100,30**

3.3.1.3. MITARBEITERQUALIFIKATION

Im stationären Pflegebereich und im Funktionsdienst weisen die Mitarbeiter folgende Qualifikationen auf:

- Krankenschwester/pfleger 417
- Gesundheits- und Krankenpfleger/in 14
- davon mit abgeschlossener Fachweiterbildung:
  - Endoskopie, Geriatrie und Rehabilitation, Onkologie, Algesiologie 41
  - Intensivpflege und Anästhesie 27
  - OP-Dienst 13
  - Hygiene 1
- davon abgeschlossene Weiterbildung zur/m:
  - Pflegekraft für Palliativ-Care 6
  - Mentor 41
- Krankenpflegehelfer/innen 24
- Hebammen 11
- Auszubildende in der Krankenpflege 58

Im Rahmen der in unserer Klinik unter Federführung der Schmerztherapeutischen Klinik durchgeführten Palliativ-Care-Kurse haben neben zahlreichen externen Teilnehmern inzwischen auch sechs Mitarbeiter unserer Klinik eine Qualifikation erreicht. Die berufsbegleitende Fortbildung entspricht, nach dem Basiscurriculum Palliative Care, den Anforderungen des § 39a SGB V und folgt dem Inhalt des von der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin erarbeiteten Curriculums für Pflegende. Die Fortbildung wird mit einem Zertifikat bescheinigt.

In der Zentralsterilisation sind vier Mitarbeiter in Vollzeitbeschäftigung tätig. Die übrigen Leistungen werden als Dienstleistung eines mit uns im Vertrag stehenden Dienstleistungsunternehmens hinzugekauft.

Aus der engen Kooperation mit dem St. Christophorus-Krankenhaus Werne ist eine Mitarbeiterin des dortigen Krankenhauses seit November 2005 mit der Projektleitung ZSA im Sinne von Überprüfung der Ablauforganisation, kontinuierliche Anleitung der Mitarbeiter und Vorbereitung und Durchführung der Sieb-Reorganisation in Zusammenarbeit mit der OP-Leitung und den verantwortlichen Chefärzten der operativen Abteilungen tätig.

Eine Mitarbeiterin im stationären Bereich hat die Fachweiterbildung für Geriatrie und Rehabilitation abgeschlossen. In der Gynäkologie ist eine fachqualifizierte Mitarbeiterin für Onkologie tätig. Insgesamt 41 Mitarbeiter besitzen inzwischen die Qualifikation zum Mentor. Da das seit dem 01. Januar 2004 gültige Krankenpflegegesetz zur Anleitung von Krankenpflegeschülern die Qualifikation eines Praxisanleiters voraussetzt, bleibt hier ein weiteres Aufgabenfeld zur Nachqualifizierung und zum Einsatz entsprechend ausgebildeter Mitarbeiter zu bearbeiten.

Im Nachtdienst sind 17 Stationen mit je einem Mitarbeiter besetzt. In der Geriatrie, der Gefäßchirurgie sowie in der Neurologie sind wegen der hohen Pflegeintensität der Patienten je zwei Nachtdiensthabende eingesetzt. Außerdem steht für die Pausenablösung im Nachtdienst ein „Springer“ zur Verfügung.

Im Ambulanz-/Funktionsbereich erbringen nachts zwei Mitarbeiter die gesamten Notfallleistungen der internen, chirurgischen, urologischen und gynäkologischen Ambulanzen bzw. der stationären Aufnahmen. Der Kreißsaal ist mit einer Mitarbeiterin besetzt, wobei sich eine weitere Hebamme in Rufbereitschaft befindet.

Die Schmerztherapie ist mit zwei Pflegekräften besetzt, von denen eine als Fachkrankenschwester für Intensivpflege und Anästhesie als auch in der Algesiologie und Psychotherapie weitergebildet ist. Im Jahr 2003 hat sie ihre Zusatzqualifikation als „Leitung von Palliative-Care-Kursen“ erreicht. Die zweite Mitarbeiterin ist examinierte Krankenschwester.

3.3.2. AUSBILDUNG & FACHWEITERBILDUNG

Das St.-Marien-Hospital steht in gemeinsamer Trägerschaft mit dem St. Marien-Hospital Lüdinghausen, dem St. Christophorus-Krankenhaus Werne, dem Städt. Krankenhaus Lünen-Brambauer und dem Städt. Hellmig-Krankenhaus Kamen der Zentral-Krankenpflegeschule Lünen e.V. vor. Die Ausbildung begann bis 2001 jährlich zum 01.April und 01.September. Erstmals starteten im Jahr 2002 ausschließlich am 01.September zwei neue Unterkurse. Die Zahl der Ausbildungsplätze beträgt bis heute noch 144 Plätze. Wir warten täglich auf die Mitteilung der Landesregierung, inwieweit unserem Antrag auf 150 Plätze stattgegeben wird. Im Jahr 2005 schlossen 32 Schülerinnen und Schüler die Krankenpflegeausbildung mit dem Staatsexamen ab. Zehn Auszubildende haben ihre Ausbildung abgebrochen. Der Pflegestellenplan ermöglichte uns die Einstellung von neun jungen examinierten Pflegekräfte. 58 Auszubildende haben in 2005 einen Ausbildungsvertrag mit dem Zentral-Krankenpflegeschule Lünen e.V. abgeschlossen und ihre Ausbildung begonnen.

Ca. 75 Krankenpflegeschüler befinden sich im Jahresdurchschnitt in unserer Klinik in der praktischen Ausbildung. Daraus ergibt sich eine kooperative und fruchtbare Zusammenarbeit nicht nur in Bezug auf die Krankenpflege-Schüler-Ausbildung sondern auch in der gemeinsamen Erarbeitung von Lernaufgaben, Pflegestandards u.a. mehr.

Im Verbund mit der Hebammenschule des St.-Franziskus-Hospitals Ahlen befinden sich regelmäßig zwei bis vier Hebammenschülerinnen in der praktischen Ausbildung in unserer Klinik. Sie durchlaufen die gesetzlich vorgeschriebenen Einsatzbereiche eines Krankenhauses wie Kreißsaal, Gynäkologischer OP, Neugeborenen-Abteilung, Entbindungsstation und Gynäkologische Station.

Mit verschiedenen Altenpflegeseminaren sowohl in gemeinnütziger als auch in privater oder öffentlicher Trägerschaft werden Altenpfleger und Altenpflegerinnen in den praktischen Anteilen der Fachabteilungen Geriatrie, Neurologie und Innere Medizin ausgebildet.

Mit dem neuen Krankenpflegegesetz mit Gültigkeit zum 1. Januar 2004 obliegen dem Krankenhaus besondere Pflichten im Zusammenhang mit der neuen Ausbildungsverordnung. Es gilt eine entsprechende Zahl an Praxisanleitern auszubilden bzw. in unserer Klinik nachzuqualifizieren. Dieses Projekt ist im Herbst 2005 in Zusammenarbeit mit der Zentralkrankenpflegeschule Lünen e.V. gestartet.

INTERNE WEITERBILDUNGEN

FACHWEITERBILDUNG FÜR INTENSIVPFLEGE UND ANÄSTHESIE

TERMIN/BEGINN

01.04. in jedem geraden Jahr. Ein Tag Blockunterricht/Woche.

ZIEL

Qualifizierung der Mitarbeiter in der Intensivpflege und Anästhesie zur Steigerung der Pflegequalität.

MASSNAHMEN

In der heutigen Zeit, in der immer mehr Betagte, Frühgeborene und Patienten mit Multiorganversagen in speziellen Behandlungseinheiten versorgt werden müssen, ist eine ständige Vertiefung und Erweiterung der Fachkenntnisse über die Weiterbildungsstätte für Intensivpflege und Anästhesie unverzichtbar. Hierdurch kommt es zu einer optimalen Krankenversorgung, welche die Pflegenden nicht nur höher qualifiziert, sondern es kann in der klinischen Praxis das geleistet werden, was man von einer Fachkrankenpflegekraft erwartet. Das bedeutet modernste Kenntnisse in medizinischen Produkten und technischen Geräten, erprobte und gesicherte Fähigkeiten in der Intensivpflege und der Anästhesie, einfühlsame Gespräche und vertrauensvolle Kommunikation in der Behandlung und der Nachsorge, menschliche Zuwendung und Nähe. Auch die geplante Intensivpflege als gesundheitsfördernde Lebenshilfe unter Aktivierung der physischen, psychischen und sozialen Ressourcen der Patienten sowie die lindernde Pflege und Sterbebegleitung. Zusammenarbeit mit anderen Berufgruppen zur Nutzung der Synergieeffekte: Schulung, Beratung und fachliche Anleitung von Pflegekräften, sonstigen Personals und Mitarbeitern. Dadurch kommt es zur Qualitätssicherung und weiterer Qualitätssteigerung in unserem Haus.
Der Weiterbildungsstätte zur Seite stehen zwei freiberuflich auf Honorarbasis arbeitende Praxisanleiterinnen. Beide sind Fachkrankenschwester für Intensivpflege und Anästhesie und haben einen Mentorenlehrgang absolviert. Sie besuchen regelmäßig in Absprache mit der Weiterbildungsstätte die Teilnehmer aus den unterschiedlichen Verbundkrankenhäusern in der Praxis. Hierzu schreiben die Praxisanleiter einen vorgefertigten Bericht, der anschließend mit den Teilnehmern und der Weiterbildungsstätte besprochen wird, um notwendige Veränderungen frühzeitig zu bearbeiten. Alle anderen Dozenten der Weiterbildungsstätte, insgesamt 36 Personen, unterrichten auf Honorarbasis und besitzen eine hohe Fachkompetenz in ihrem jeweiligem Unterrichtsbereich. Zu jedem Kursbeginn findet eine Dozentenkonferenz statt, um die jeweiligen Themen zu bearbeiten und zu besprechen.
Der Lehrgang zur/m Fachgesundheits- und Krankenpflegerin/-pfleger für Intensivpflege und Anästhesie wird nach den Richtlinien der Weiterbildungs- und Prüfungsordnung zu Fachkrankenschwestern, -pflegern, Fachkinderkrank-

enschwester und -pflegern in der in der Intensivpflege und Anästhesie (WeiVIAPfl) vom 11.04.1995 durchgeführt. Die beiden Leitungen betreuten insgesamt fünfzehn Krankenhäuser der Region mit einer Gesamtbettenzahl von 3.212 Betten, davon 167 Intensivbetten und fünfzehn Anästhesieabteilungen. Die Verträge für weitere sechs Krankenhäuser wurden 2001 unterschrieben, was eine Betreuung von weiteren 69 Intensivbetten und sechs Anästhesieabteilungen bedeutete. In 2005 wurden zwei weitere Verträge unterschrieben. Zur Weiterbildungsstätte gehören für die praktischen Einsätze fünf Dialysestationen. In Zusammenarbeit mit den jeweiligen Praxisanleitern, zur Zeit 80 Fachkranken-Pflegekräften in den jeweiligen Abteilungen, werden die praktischen Unterweisungen begleitet. Die Praxisanleitung für die zwei neuen Kliniken mit drei Teilnehmern wird geplant und vorbereitet.

Zur Qualitätskontrolle werden regelmäßige schriftliche Klausuren und praktische Beurteilungen mit einem vorgefertigten Bogen durchgeführt, um eine fortlaufende Beurteilung der Teilnehmer zu ermöglichen. Die Teilnehmer müssen eigenständig einen Nachweiskatalog für die praktische Anleitung führen, der alle vier Monate der Weiterbildung zur Überprüfung vorliegt, um die Lernerfolge zu überprüfen. Die Teilnehmer müssen regelmäßig Pflegeberichte zu unterschiedlichen Patienten und Abteilungen anfertigen, die fachlich von den Praxisanleitern beurteilt werden.

Die Praxisanleiter treffen sich in einem Abstand von vier bis sechs Monaten zum Austausch über die geleistete Arbeit. Hier werden z.B. Lernfelder besprochen oder erarbeitet. Bei Bedarf finden für die Praxisanleiter Fortbildungen zu einem gewünschten Thema statt, z.B. die Beurteilung von Pflegeberichten usw..

Die Entwicklung der Intensivmedizin und der Intensivpflege hat in den letzten Jahren einen unerhörten Aufschwung genommen. Mit diesem Aufschwung stiegen die Ansprüche an qualifiziertes Intensivpflegepersonal derart, dass heute der Bereich der Intensivpflege und der Anästhesie kaum zu überschauen ist. Diese Ansprüche an das dort arbeitende Pflegepersonal, die in der Theorie erworbenen Kenntnisse in der Praxis umzusetzen und zu leben, wird durch unsere Weiterbildungsstätte gefördert und begleitet. So wird viel Wert darauf gelegt, nicht nur die fachlichen sondern auch die sozialen Kompetenzen zu steigern und zu verbessern.

Dies hat dazu geführt, dass die Kompetenz und die Verantwortung, die heute in der Intensivpflege und der Anästhesiepflege verlangt werden, hohe Ansprüche an die dort Tätigen stellt, nämlich weitestgehend selbständiges Arbeiten und Handeln. Durch die Größe des Verbundsystems ist eine Rotation eingeführt worden, die es den Teilnehmern ermöglicht, über ihren Tellerrand zu schauen und die Auseinandersetzung unserer Abteilungen mit anderen Kursteilnehmern zu üben. Dadurch bekommen die Beteiligten die Möglichkeit, blinde Flecken zu sehen und zu reflektieren. Durch die gute Zusammenarbeit mit dem gesamten Team kommt es zu einer sehr guten Nutzung der Synergieeffekte aller am Verbund beteiligten Krankenhäuser, was zu einer deutlichen besseren Versorgung der ihnen anvertrauten intensivpflichtigen Patienten führt.

ERGEBNIS

Die zuvor beschriebenen modernsten Kenntnisse zur Pflege, Therapie und Begleitung schwerstkranker, intensivpflichtiger Patienten werden kontinuierlich aktualisiert und unter Nutzung der Synergieeffekte an die dem Verbundsystem angeschlossenen Kliniken und Fachweiterbildungsteilnehmer weitergegeben.
In Beratungsgesprächen mit Stationsleitungen und der Pflegedirektorin der jeweiligen Klinik wurde auf Möglichkeiten der Verbesserung hingewiesen, die anschließend umgesetzt wurden. So bildet im Bereich der Intensivstation eine verstärkte individuelle Pflege unter Berücksichtigung der Ressourcen der Patienten die Basis für eine kompetente und fachlich hochwertige Pflege. Dazu gehört auch die zeitnahe Umsetzung neuer wissenschaftlicher Erkenntnisse und Pflegetechniken wie z.B. Methoden aus der basalen Stimulation und der Kunsttherapie.
Das Pflegeverständnis der Kursteilnehmer wurde enorm vertieft. Die Kompetenz der Mitarbeiter gewährleistet eine optimale Versorgung der Patienten. Durch die Rotation zwischen den Kliniken während der Weiterbildung erweitert sich der Horizont der Mitarbeiter bzgl. der Anforderungen, der medizinischen Entwicklung und des pflegerischen Selbstverständnisses und der Möglichkeiten.

PRAXISANLEITER-KURS

Nach dem KrPflgG in der Fassung von 2003 müssen die Einrichtungen für die praktische Ausbildung der Gesundheits- und Krankenpflegeschüler/-innen geeignete Fachkräfte mit einer entsprechenden pädagogischen Zusatzqualifikation einsetzen.
In den vergangenen Jahren wurden im St.-Marien-Hospital in Kooperation mit dem Zentral-Krankenpflegeschule Lünen e.V. wiederholt Mentoren ausgebildet, die bis 2005 mit der praktischen Ausbildung beauftragt waren. Sie führten diese Aufgabe zielgerichtet, kontinuierlich und professionell durch, so dass die Auszubildenden adäquate Lernchancen nutzen konnten.

ZIEL

Qualifizierte Anleitung im Rahmen der Krankenpflegeausbildung nach gesetzlichen Vorgaben.

MASSNAHMEN

Aufbauend auf die in der Mentorenausbildung erworbenen Qualifikationen entwickelten die Leitung des Zentral-Krankenpflegeschule Lünen e.V., ihre Stellvertretung, die Leitungen der innerbetrieblichen Fortbildung im St.-Marien-Hospital Lünen und im Hellmig Krankenhaus in Kamen ein Curriculum, nach dem die Mentoren zu Praxisanleitern weitergebildet werden konnten. Dabei orientierten sie sich an den Vorgaben des Ministeriums für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie in NRW. Im Oktober 2005 begannen fünf Krankenschwestern aus dem St.-Marien-Hospital Lünen gemeinsam mit Krankenschwestern und -pflegern aus dem Hellmig Krankenhaus Kamen mit dieser Weiterbildung.

ERGEBNIS

Bevor sich die Krankenschwestern aus dem St.-Marien-Hospital Lünen zur Teilnahme an dieser Weiterbildung bewarben, setzten sie sich intensiv mit den vielfältigen Anforderungen an eine entsprechende Position als Praxisanleiter und ihren individuellen Fähigkeiten und Kompetenzen auseinander. Sie sind sich ihrer Bedeutung sehr bewusst und gestalten ihre Weiterbildung aktiv mit.

EXTERNE WEITERBILDUNGEN

ALLGEMEINE INFORMATIONEN

Nach wie vor ist die Qualifikation der Mitarbeiter des Pflegedienstes eine wichtige Herausforderung, insbesondere vor dem Hintergrund der sowohl internen als auch extern an das Krankenhaus und seine Mitarbeiter gestellten hohen Qualitätsansprüche in der Patientenversorgung.

FACHWEITERBILDUNG FÜR DEN OPERATIONSDIENST

TERMIN

Januar zweijährlich.

ZIEL

Steigerung der Qualifikation der Mitarbeiter des Funktionsdienstes im OP und damit gleichzeitig eine Verbesserung der Patientenversorgung.

MASSNAHMEN

Das St.-Marien-Hospital Lünen hat bis 1995 eine eigene Fachweiterbildungsstätte für den Operationsdienst betrieben. Mit der Regelung nach der Weiterbildungsprüfungs-Verordnung des Landes Nordrhein-Westfalen für diese Weiterbildungsmaßnahme im Jahr 1995 befindet sich die Klinik im „Trägerverbund Ruhr“ mit Sitz in Herne.
Die rasante Entwicklung in der Medizin und Technik verlangen den Mitarbeitern immer höhere Qualifikationen und ein sich rasch änderndes Handlungsspektrum ab. Jeder Mitarbeiter in diesem Bereich sollte in allen operativen Fachdisziplinen einsetzbar sein. Allein daraus ergibt sich bei mehrfachem Mitarbeiterwechsel in diesem Bereich ein hoher Anspruch an Qualifikation und Anleitung und Einarbeitung neuer Mitarbeiter.
Im Jahr 2003 schlossen letztmals zwei weitere Mitarbeiterinnen die Fachweiterbildung für den OP-Dienst ab. Eine weitere Mitarbeiterin hat sich inzwischen für die Fachweiterbildung mit Beginn 2006 beworben.

ERGEBNIS

Inzwischen sind sieben Mitarbeiter im Zentral-OP für den OP-Dienst weitergebildet. Neueste OP-Techniken, insbesondere im minimal-invasiven wie auch im endoprothetischen Bereich, werden durch OP-Funktions-Mitarbeiter gut und kompetent begleitet und instrumentiert.

FACHWEITERBILDUNG FÜR ENDOSKOPIE

Zweijährlich.

ZIEL

Steigerung der Qualifikation der Mitarbeiter in der Endoskopie.

MASSNAHMEN

Insbesondere die „Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten (DGVS) zur Durchführung endoskopischer Untersuchungen“ beschreiben u.a. personelle Voraussetzungen während einer Untersuchung. Die Anwesenheit einer qualifizierten Pflegekraft wird hier zwingend gefordert.
Im Bereich der Endoskopie haben bisher acht Mitarbeiter die Qualifikation als Fachpflegekraft für den Endoskopiedienst. Für fünf dieser Mitarbeiter erfolgte die Anerkennung durch die Deutsche Krankenhausgesellschaft nach einer Übergangsregelung. Eine Mitarbeiterin hat den Lehrgang beim Deutschen Berufsverband für Krankenpflege und eine Mitarbeiterin hat diesen Kurs beim Trägerverbund „Bildungszentrum Ruhr“ in Herne absolviert.

ERGEBNIS

Fachliche, medizin-technische, hygienische und sozialpsychologische Zusatzqualifikationen der Mitarbeiter in diesem Bereich haben die Qualität und Sicherheit der Patienten im Zusammenhang mit endoskopischen Untersuchungen kontinuierlich gesteigert. In den nächsten Jahren werden weitere Mitarbeiter qualifiziert werden.

FACHWEITERBILDUNG FÜR ONKOLOGIE

TERMIN

Zweijährlich.

ZIEL

Steigerung der Qualifikation von Mitarbeitern, die onkologische Patienten betreuen.

MASSNAHMEN

Zum 01.07.1999 trat im „Gesamtprogramm Krebsbekämpfung" des Bundesministeriums für Gesundheit eine „Weiterbildungsempfehlung für die Pflege in der Onkologie" nach einer Richtlinie der Deutschen Krankenhausgesellschaft in Kraft. Die Pflege in der Onkologie war bis zu diesem Zeitpunkt eher ein Randgebiet des breiten Spektrums der fachbezogenen pflegerischen Weiterbildungen. Eine Mitarbeiterin unserer Klinik bewarb sich umgehend im Rahmen der Übergangsbestimmungen zu einem „Prüfungsvorbereitungsseminar gemäß § 23 Abs.5 und 6.2 vom 26.11.1998 DKG-Empfehlung zur Weiterbildung für Krankenpflegepersonen in der Onkologie" mit den Themenschwerpunkten:

- Pflege in der Onkologie
- Psychoonkologie
- Chirurgische Onkologie
- Radioonkologie
- Chemotherapie
- Recht
- Seelsorgerische Begleitung
- Seminarorganisation und Prüfungsablauf

ERGEBNIS

Das Thema ihrer Hausarbeit lautete „Aufbau und Entstehung eines onkologischen Gesprächskreises in der Gynäkologie am Beispiel des St.-Marien-Hospitals Lünen" und bereitete den bestehenden Gesprächskreis nochmals in besonderer Weise auf. Der onkologische Gesprächskreis ist eine begehrte und regelmäßig angebotene (14-tägig) Einrichtung in der Gynäkologie.
Ihre Qualifikation unterstützt außerdem auf hervorragende Weise das in Kooperation mit dem Katharinen-Hospitel Unna geplante Brustzentrum, dessen Zuweisung Anfang des Jahres 2005 erfolgte. Für den im Jahr 2006 beginnenden Kurs hat sich eine weitere Mitarbeiterin beworben.

WEITERBILDUNG ZUR LEITUNG EINER STATION BZW. EINER FUNKTIONSEINHEIT

TERMIN

Alle Stationsleitungen und Stellvertretungen vor/bei oder kurzfristig nach Positionsantritt.

ZIEL

Qualifikation von Pflegekräften für das Aufgabenfeld der Leitungen, d.h. von der Rolle der pflegenden Fachkraft zur Rolle und Funktion der leitenden Pflegefachkraft zu gelangen.

MASSNAHMEN

Seit einigen Jahren nehmen leitende Mitarbeiter in der Pflege regelmäßig an Leitungskursen teil. Nicht zuletzt die raschen gesetzlichen Änderungen im Gesundheitswesen und die daraus umzusetzenden Maßnahmen, insbesondere auf der mittleren Führungsebene eines Krankenhauses, lassen diese Weiterbildung zunehmend wichtiger werden.
Die betreffenden Mitarbeiter unserer Klinik nehmen an Weiterbildungslehrgängen beim Caritasverband des Bistums Essen e.V. und beim Caritasverband des Erzbistums Paderborn teil.
Im Rahmen der Weiterbildung lernen die Mitarbeiter:

- Sich der Bedeutung ihrer Person und Rolle im Leitungshandeln bewusst zu werden
- Ressourcen zur Gestaltung des eigenen Leitungshandelns zu erkennen und situationsgerecht am Arbeitsplatz umzusetzen
- Ihr eigenes Leitungsprofil auszubilden und daraus praxisorientierte Konzepte zu entwickeln
- Die Unternehmensphilosophie eines Krankenhauses zu verstehen und in ihrem beruflichen Handeln umzusetzen
- Planungs- und Handlungskonzepte zu "Gesundheit und Krankheit" aus dem gesellschaftlichen Zusammenhang heraus zu begründen

ERGEBNIS

Ging man bis vor wenigen Jahren noch davon aus, dass es die „geborene Stationsleitung“ gibt, so lässt sich heute unschwer erkennen, dass neben Pflegefachwissen und menschlicher Reife eine breites Spektrum an Kenntnissen erforderlich ist. Diese Kompetenzen, nämlich Mitarbeiterführung, Organisation der pflegerischen Abläufe und der Station sowie die Kontrolle der ausgeführten Pflegemaßnahmen setzen die Stationsleitungen unserer Klinik gezielt ein. Nur auf diese Weise können Maßnahmen aus der sich häufig selbst überholenden Krankenhausgesetzgebung auf dieser mittleren Führungsebene geleistet werden.
Im Jahr 2003 begann Mitte des Jahres beim Caritas-Verband in Essen ein Stationsleitungskurs, an dem zwei stellvertretende Stationsleitungen teilnahmen. Der Abschluss erfolgte im Jahr 2005. Den im Jahr 2005 beginnenden Kurs besuchen zwei weitere stellvertretende Stationsleitungen. Das Curriculum der Leitungskurse wird von den Verantwortlichen im Abgleich mit gesetzlichen Veränderungen im Gesundheitssystem regelmäßig angepasst.

WEITERBILDUNG ALS STILL- UND LAKTATIONSBERATERIN (IBCLC)

TERMIN

Die Ausbildung zur Still- und Laktatonsberaterin erstreckt sich über 14 Monate.

ZIEL

Entwicklung der geburtshilflichen Abteilung zu einer „Stillfreundlichen Abteilung“ im Sinne des „Stillfreundlichen Krankenhauses“ nach WHO.

MASSNAHMEN

Neben den 210 Unterrichtsstunden mussten 40 Stunden Praktikumseinsätze in verschiedenen Bereichen absolviert werden. Eine Facharbeit gehörte ebenso zum Ausbildungsprogramm. Die Seminarorte waren Köln und Gelsenkirchen. Die Weiterbildung schloss mit einem schriftlichen Examen.
Aufgrund der in den letzten 25 Jahren in großer Anzahl durchgeführten wissenschaftlichen Studien, die die Vorteile des Stillens belegen sowie die parallel dazu auftretenden Ausbreitung der Stillberatung in den Stillselbsthilfegruppen, begann sich in den frühen 80er Jahren ein neues Arbeitsfeld in der Gesundheitspflege zu entwickeln. Allerdings gab es noch keine Kompetenzstandards für diese neue Rolle des Gesundheitspersonals.

WAS BEDEUTET „STILL- UND LAKTATIONSBERATERIN“?

Laktationsberaterinnen (IBCLC) sind Mitglieder des medizinischen Fachpersonals, die durch Erfüllen der Weiterbildungsinhalte, der Examensrichtlinien und Bestehen des Examens die erforderlichen Fähigkeiten, das Wissen und die Einstellungen nachgewiesen haben, die Voraussetzung für eine qualitativ adäquate Betreuung stillender Mütter und ihrer Babys sind.
Nach bestandenem Examen kann der Titel IBSLS für einen Zeitraum von fünf Jahren genutzt werden. Nach fünf Jahren kann das Examen wiederholt oder mit entsprechenden Fortbildungspunkten (CERPs) für weitere fünf Jahre erworben werden. Von dieser Möglichkeit macht die weitergebildete Mitarbeiterin regelmäßig Gebrauch, sodass sich die Wiederholung des Examens dann auf einen Zehn-Jahres-Zeitraum verschiebt.

ERGEBNIS

Die Laktationsberaterin ist in Stillvorbereitungskursen in der Elternschule aktiv und begleitet Risikoschwangere auf der Wochenstation durch Stillberatung. Nach der Geburt betreut sie Wöchnerin und Neugeborenes im Wochenbett auf der Entbindungsstation im Sinne von Förderung des Stillens, individuelle Beratung bei Stillschwierigkeiten seitens Mutter oder Kind. Ebenso gehört die Stillambulanz in der Elternschule zum Betätigungsfeld der Stillberaterin. In mehreren Team- und Abteilungsbesprechungen wurde ein einheitliches Konzept zur Stillberatung multipliziert.

Die Weiterbildung der Leitung zur Still- und Laktationsberaterin hat sich als sehr wichtig herausgestellt. Um die Beratung und Begleitung der jungen Mütter weiter auszubauen erwies es sich als sinnvoll, eine weitere Mitarbeiterin in der Pflege zu qualifizieren.
Die Mitarbeiterin nahm auch im Jahr 2005 regelmäßig an vorgeschriebenen Fort bildungsveranstaltungen teil, um ihre Qualifikation zu untermauern.

EINFÜHRUNG VON PERSONALENTWICKLUNGSMASSNAHMEN FÜR ÄRZTINNEN UND PFLEGEPERSONAL IM ÖSTLICHEN RUHRGEBIET

Das Landesinstitut Sozialforschungsstelle Dortmund bot im Jahr 2005 ein einjähriges Programm u.a. im Gesundheitsbereich für Ärztinnen und Pflegekräfte sowie Führungskräften in Kliniken mit Personalverantwortung zur überfachlichen Qualifizierung an. Dieses Projekt wurde durch einen EU-Fond gefördert und in sieben Kliniken des östlichen Ruhrgebiets zur Optimierung der Personalentwicklung im April des Jahres gestartet.
Die Weiterbildung umfasst vier themenspezifische Workshops, in denen zum einen strukturelle Probleme und damit verbundene Organisations- und Personalentwicklungsbedarfe analysiert werden, zum anderen werden Instrumente und Verfahren zur „Selbsthilfe“ bzw. zur Kompetenzentwicklung wie Kollegiale Fallberatung, Konfliktmanagement, Verbesserung der internen Kommunikation etc. erarbeitet.
Die Weiterbildung läuft berufsbegleitend und endet im April 2006.

3.3.3. TRAINEEPROGRAMME, PRAKTIKA & HOSPITATIONEN

Für interessierte Pflegekräfte besteht in den unterschiedlichsten Fachbereichen die Möglichkeit zur Hospitation. Erfreulicherweise melden sich immer wieder Weiterbildungsteilnehmer, z.B. zur Pflegedienstleitung, Stationsleitung, Fachkrankenpflege für Intensivpflege und Anästhesie, OP etc. aus anderen Kliniken und Einrichtungen, um diese Möglichkeit für sich zu nutzen.
Auch im Jahr 2005 fanden zahlreiche Praktika in Stationen der verschiedensten Fachbereiche, insbesondere im Rahmen der Fachweiterbildung in der Intensivstation statt. Ebenso wurde die Hospitationsmöglichkeit im Rahmen des Stationsleitungslehrgangs genutzt, um die Abläufe unserer Klinik kennen zu lernen und die eigene Arbeit zu reflektieren.
Mitarbeiterinnen der geburtshilflichen Klinik nutzten die Möglichkeit zur Hospitation und zum kollegialen Austausch in einer externen Klinik. Nach Anerkennung unserer Klinik als kooperatives Brustzentrum in Zusammenarbeit mit dem KatharinenHospital Unna erfolgte auf der Ebene des Pflegedienstes ein intensiver Austausch zu dieser Thematik.
Ebenso wechselten die Weiterbildungsteilnehmer des Intensivpflege- und Anästhesiekurses die Rotation in anderen an der Weiterbildungsstätte beteiligten Kliniken. Die Ergebnisse des „Über den Tellerrandschauens“ waren beeindruckend.

3.3.4. LEHRE, FORSCHUNG & ENTWICKLUNG

Neben den üblichen Aufgaben der Pflegedirektorin war Frau Stoverock auch im Jahr 2005 in unterschiedlichen Aus- und Weiterbildungslehrgängen als Dozentin tätig. Im Rahmen der Krankenpflegeausbildung, der Mentorenausbildung, des Palliativ-Pflegekurses und der Weiterbildung für Intensivpflege und Anästhesie wurden folgende Themenbereiche vorgestellt:

- Aufbaustruktur eines Krankenhauses
- Ablauforganisation im Krankenhaus
- Leitungsmodelle im Pflegedienst
- Pflegesysteme
- Pflegemanagement
- Personalbedarfsermittlung
  - im Pflegedienst
  - im Funktionsdienst
  - nach TISS für die Intensivpflege
- Führungsaufgaben der Pflegedirektion
- Pflegeleitbild/-philosophie
- Pflegekonzept
- Qualitätssicherung
- Verabschiedung

In allen Unterrichtseinheiten zeigte sich, wie wichtig dieser Anteil in der Vermittlung an die jeweiligen Kursteilnehmer durch die Pflegedienstleitung ist. Anhand konkreter Beispiele und Erlebnisse im Krankenhausalltag wurden Notwendigkeiten und Zusammenhänge bestimmter Strukturen und Abläufe sehr deutlich erkannt und für die tägliche Arbeit als wichtig akzeptiert. Ebenso wird die Aufgabenstellung und das Tätigkeitsfeld der Pflegedienstleitung transparenter.

Im Rahmen von Aus- und Fortbildung stellen u.a. die Stationsleitungen der Intensivstation, der Urologie, der Neurochirurgie unserer Klinik ihr Wissen zur Verfügung.

Bereits im Jahr 2002 wurde die Forschungsgesellschaft für Gerontologie e.V. beim Institut für Gerontologie an der Universität Dortmund zum Thema „Personalfluktuation Gesundheitsfachberufe in Krankenhäusern“ im Auftrag des Ministeriums für Jugend, Familie und Gesundheit (MFJFG) aktiv. Unsere Klinik beteiligte sich mit einem Fragebogen an dieser Umfrage zur Personalfluktuation im Jahr 2001. Gleichzeitig erklärte sich die Pflegedienstleitung bereit, an einem „Einrichtungspanel Krankenhäuser NRW“ zu beteiligen. Dieses Panel setzt sich aus einer begrenzten Zahl von Krankenhäusern zusammen und soll ab dem Jahr 2003 kontinuierlich Daten zur Beschäftigungssituation von Angehörigen der Gesundheitsfachberufe (nach § 2 Nr. 1a KHG) liefern. Die Erhebung findet unter ausdrücklicher Befürwortung der Krankenhausgesellschaft statt und wurde im Jahr 2004 erstmals für das Jahr 2003 durchgeführt. Laut Schreiben des MFJFG ist die Entwicklung der Erhebungsbögen in Abstimmung mit den Beteiligten der Krankenhausplanung abgestimmt und sichergestellt. Ziel ist eine genaue Analyse

und Sicherstellung einer am Fachkräftebedarf der Krankenhäuser orientierten Kapazität von Ausbildungsplätzen (Vorhaltung) in den Gesundheitsfachberufen. Auch für das Jahr 2004 wurde zu Beginn des Jahres 2005 das „Einrichtungspanel Krankenhäuser NRW" erhoben, an dem sich unserer Klinik beteiligte.
Die Ergebnisse der Erhebungsbögen des Vorjahres wurden wie zuvor zur Verfügung gestellt.
Die für das Jahr 2005 geplante Zusammenarbeit mit der Universität Bielefeld im Rahmen des Modellprojektes „Familiale Pflege unter den Bedingungen der G-DRGs" wurde mit einer Auftaktveranstaltung zu Beginn des Jahres eröffnet. Die Vielfalt der interessierten Teilnehmer (Krankenhäuser, ambulante Pflegeeinrichtungen, Bildungsstätten, Volkshochschulen etc.) war erstaunlich. In einer Expertengruppe wurden zunächst ein Curriculum für einen „Initialkurs für pflegende Angehörige" und ein Papier zum „Überleitungsmanagement im Krankenhaus" anhand einer Prozessleitlinie erarbeitet, das allen beteiligten Institutionen zur Verfügung gestellt wurde. In regelmäßigen „Projektlettern" wurden die Phasen der Bearbeitung dieser Arbeiten publiziert.
Die Projektleitung, Frau Professor Dr. Gröning, erreichte erfreulicherweise die Finanzierung der Initialpflegekurse durch die AOK Rheinland und Westfalen-Lippe.
Wichtiges Merkmal: Es handelt sich hier nicht um ein Forschungs- sondern um ein Gestaltungsprojekt.
Im April des Jahres 2005 führte eine Studentin der Sozialwissenschaft eine Fragebogenaktion zur Erstellung ihrer Diplomarbeit zum Thema „Arbeitsförderungsmaßnahmen für ältere pflegende Beschäftigte im Krankenhaus" durch. Die Teilnahme der betroffenen Mitarbeiter war freiwillig und wurde durch die Pflegedirektorin gemeinsam mit den Stationsleitungen vorbereitet. Die Diplomarbeit wird der Pflegedirektorin nach absolviertem Examen zur Verfügung gestellt.
Im August 2005 führte ein Student des Studiengangs Pflegewissenschaft an der Privaten Universität Witten Herdecke ein Forschungsprojekt zur Erlangung des „Master of Science in Nursing (MScN)" eine Studie in unserer interdisziplinären Intensivstation durch. In dieser Studie wurden Pflegekräfte bei der Durchführung der Körperpflege beobachtet.
Die Forschungsfrage lautete: **„Wie gestalten examinierte Pflegekräfte Berührung bei der Körperpflege bei verbal stark eingeschränkten Patienten?"**
Der Studie ging ein Antrag an die Ehikkommission des Instituts für Pflegewissenschaft der Universität Witten Herdecke voraus. Sie möchte die Besonderheiten bei einfachen Pflegemaßnahmen, die mit Berührung des Patienten einhergehen, erfassen und würdigen. Der Durchführung der Studie erfolgte selbstverständlich ausschließlich mit Einverständnis des jeweiligen Patienten und der Mitarbeiter.
Das Ergebnis wird nach abgelegtem Examen zur Verfügung gestellt.

3.4. SERVICEANGEBOTE, SCHWERPUNKTE & SPEZIALITÄTEN

Bereits im Frühjahr des Jahres 2002 wurde die renovierte Geriatrische Tagesklinik in den ehemaligen Räumen der Verwaltung offiziell eingeweiht. In hellen und freundlich gestalteten Räumen erhalten die Patienten qualifizierte physische und psychische Unterstütz-ung in der teilweisen oder vollständigen Wiedererlangung ihrer Selbständigkeit in den Aktivitäten des täglichen Lebens. Das gesamte therapeutische Spektrum für diesen Bereich steht zusammengefasst (im Vergleich zur vorigen räumlichen Unterbringung) zur Verfügung.
Über die Abteilung Geriatrie, insbesondere die Tagesklinik, bestehen enge Kontakte zur Kreispflegekonferenz und zum Arbeitskreis Altenarbeit. Hier engagiert sich außerdem der Sozialdienst unseres Hauses.
Die Anforderungen an den **Sozialdienst** werden von drei Mitarbeiterinnen und einer Sekretärin erfüllt. Neben allgemeinen Beratungs- und Vermittlungsgesprächen in diesem Bereich stehen in unserer Klinik sicherlich alle Tätigkeiten im Zusammenhang mit Rehabilitationsmaßnahmen bzw. Anschlussheilverfahren an einen stationären Aufenthalt der Patienten im Vordergrund. Auch die Suchtberatung spielt eine wichtige Rolle. Die nachstationäre Versorgung der Patienten nimmt inzwischen einen immer größeren Raum ein – insbesondere im Zusammenhang mit den abzurechnenden DRGs.

Auf Wunsch unserer Patienten vermitteln wir die Dienstleistungen:

- Friseur
- Fußpflege
- Medizinische Fußpflege

Auch in der Situation, dass Begleitpersonen während des stationären Aufenthaltes, insbesondere in Notfallsituationen, bei ihren Angehörigen bleiben möchten, bieten wir entsprechende Unterkunft und Verpflegung an.
In der Wöchnerinnenstation besteht für alle Patientinnen die Möglichkeit, in einem gemütlich eingerichteten Buffet-Raum das Frühstück und Abendessen einzunehmen. In diesem Raum befindet sich, wie auf allen anderen Stationen, eine sogenannte Getränkeoase, an der sich Patienten und Besucher mit Kaffee, Tee und Mineralwasser bedienen können.
Wahlleistungspatienten erhalten einen besonderen Service bzgl. des Bettenkomforts (komplett elektrische Ausstattung), der Bettwäsche, Toilettenartikel und Frottee-Wäsche. Zeitung, Telefon und Fernseher stehen kostenlos zur Verfügung. Neben kleinen Zwischensnacks kann aus einer Zusatzkarte täglich ein „Extra-Menü“ ausgewählt werden.
In der Krankenhausbibliothek sind zwei Mitarbeiterinnen tätig, die den gehfähigen Patienten das Literaturangebot in den Räumlichkeiten der Bibliothek näher bringen, aber auch mit der „mobilen Bibliothek“ ihr Angebot in den Krankenzimmern präsentieren. Seit 2002 wird in der Krankenhausbibliothek das gesamte Fachliteraturangebot für den Pflegedienst oder auch andere Interessenten in einem registrierten Ordnungsschema vorgehalten.

Der Krankenhausfunk ist seit über 25 Jahren ein von Patienten gern gehörtes und wahrgenommenes Serviceangebot unseres Hauses. Neben einem hauptamtlichen Mitarbeiter ist hier eine weitere ehrenamtliche Kraft tätig. Die äußerst kompetente und humorvolle Gestaltung der hausinternen Sendungen trägt zur Genesung der Patienten bei.

PATIENTENSERVICE

ONKOLOGISCHER GESPRÄCHSKREIS IN DER GYNÄKOLOGIE

TERMIN

14-tägig mittwochs.

ZIEL

Unterstützung von Tumorpatientinnen in der Gynäkologie nach ihrem stationären Aufenthalt durch Fachreferate und Zusammenkunft Gleichbetroffener.

MASSNAHMEN

Initiiert wurde der gynäkologische Gesprächskreis im Herbst 1994 von betroffenen Frauen, die auch nach ihrem Aufenthalt in der Klinik und nach einer abgeschlossenen Therapie das Bedürfnis hatten, professionelle Hilfe und Informationen zu erhalten und sich zum Gedanken- und Informationsaustausch regelmäßig zu treffen.
Vorbereitet und geleitet wird der onkologische Gesprächskreis seit seinem Beginn von der Fachkrankenschwester für die Pflege in der Onkologie unserer Klinik. Verschiedenste Ärzte aus dem Klinikteam der Gynäkologie der letzten zehn Jahre sorgen für eine kontinuierliche fachliche Betreuung.

ERGEBNIS

Auch nach elf Jahren seines Bestehens erfreut sich der onkologische Gesprächskreis großer, ja wachsender Nachfrage. Bei 23 Treffen im Jahr 2005 wurden sowohl medizinische Themen rund um weibliche Krebserkrankungen als auch psychosoziale und kulturelle Inhalte vorgetragen und diskutiert. Gerade im Hinblick auf eine umfassende Betreuung von krebserkrankten Patientinnen ist diese Einrichtung für alle Tumorpatientinnen der Gynäkologie ein wichtiges, ergänzendes Angebot zu therapeutischen Verfahren und gewinnt mit Blick auf das genehmigte Brustzentrum einen geforderten Beitrag im Sinne von Selbsthilfegruppen.

BESCHWERDEMANAGEMENT

TERMIN

Ganzjährig.

ZIEL

Patientenzufriedenheit.

MASSNAHMEN

Über die nach Krankenhausgesetz geforderte Stelle des Patientenfürsprechers oder auch sonstiger Ansprechpartner (Verwaltungsdirektor, Pflegedienstleitung etc.) werden Patientenbeschwerden entgegengenommen oder gehen auch in schriftlicher Form ein. Das Prozedere der Bearbeitung ist wie folgt festgelegt:

- nach Eingang der Beschwerde erhält der Beschwerdeführer eine schriftliche Eingangsbestätigung und Ankündigung einer Stellungnahme
- die Beschwerde wird in Kopie an das Direktorium, die Chefärzte der betreffenden Fachabteilung und ggf. an die Stationsleitungen mit der Bitte um Stellungnahme weitergeleitet
- ein Mitarbeiter der Verwaltung ist offiziell mit der Bearbeitung der Beschwerde beauftragt; er mahnt ggf. Stellungnahmen an und leitet diese an den Verwaltungsdirektor zur abschließenden Begutachtung weiter.
- der Beschwerdeführer erhält eine schriftliche Stellungnahme durch den Verwaltungsdirektor mit dem Angebot eines zusätzlichen Gespräches.

ERGEBNIS

Im Jahr 2005 gingen 16 Patientenbeschwerden ein. Dieses bedeutet gegenüber 17 Beschwerden im Jahr 2004 einen Rückgang von sechs Prozent. In allen Fällen, die die Pflege der Klinik betrafen, wurden die Beschwerden zum Anlass genommen, Ablauforganisation, Kommunikation und pflegerische Kompetenzen der Pflegeteams zu überdenken und z.T. berechtigte Kritikpunkte zu korrigieren. Es wurde sehr bewusst, dass die Rückmeldung der Patienten immer auch eine Chance zur positiven Veränderung bedeutet und die Zufriedenheit der Patienten eines der wichtigsten Kriterien für die Zukunft unserer Klinik bedeutet.

PATIENTENBIBLIOTHEK

TERMIN

Täglich mobiler Service auf den Stationen. Tägliche Öffnungszeiten Montag bis Freitag vormittags zwei Stunden.

ZIEL

Beschäftigung und Unterhaltung des Patienten bzw. Unterstützung des Genesungsprozesses.

MASSNAHMEN

Die Krankenhausbibliothek hält ein breites Spektrum von Literatur, Wort- und Musikkassetten, CDs und Unterhaltungsspielen vor. Neben den o.g. Öffnungszeiten bietet die Bibliothek einen mobilen Service auf den Stationen an, d.h. dass ein Auszug aus dem Angebot zur Auswahl zu den Patienten gebracht wird.

ERGEBNIS

Das Angebot wird angenommen. Das Ergebnis und die Zufriedenheit der Patienten ist gut, auch wenn der Bedarf in diesem Bereich merklich zurück geht, was z.T. sicher auf die sich ständig verkürzende Verweildauer im Krankenhaus zurückzuführen ist.

KRANKENHAUSFUNK

TERMIN

Dienstag, Mittwoch, Donnerstag und jeder zweiter Samstag.

ZIEL

Unterhaltung der Patienten und Unterstützung des Genesungsprozesses.

MASSNAHMEN

Der Krankenhausfunk wurde vor 25 Jahren durch ehrenamtliche Mitarbeiter gegründet. Inzwischen wird dieser Bereich seit über zehn Jahren durch einen hauptamtlichen Mitarbeiter betreut, der durch eine ehrenamtliche Mitarbeiterin unterstützt wird. Sie moderieren die Sendungen „Gut aufgelegt“, „Wunschkonzert“, „Musikexpress“ und vierzehntägig „Was darf es sein?“. Dienstag und Mittwoch werden „Oldies“ aus den 50er und 60er Jahren gesendet.
Das Team ist bezüglich der Aufnahme von Patientenwünschen und -grüßen sehr engagiert und inzwischen nicht mehr wegzudenken. Die musikalische Unterhaltung und die Art der Grußüberbringung begeistert die Patienten.

ERGEBNIS

Rückmeldungen der Patienten an die Mitarbeiter der Stationen, an das gestaltende Team im Hausfunk und auch entsprechende Dankesbriefe von Patienten und Angehörigen bestätigen uns in diesem Angebot.

4. TECHNISCHE AUSSTATTUNG

Nachdem zur Patienten-Einstufung bereits in den zurückliegenden Jahren eine adäquate EDV-Hardware und Software-Ausstattung der Stationsarbeitsplätze im Pflegebereich stattgefunden hat, wurden im Jahr 2003/2004 alle Arbeitszimmer der Stationsleitungen EDV-technisch ausgestattet. Über die installierten Programme wie Dienstplanung, Word bzw. OpenOffice, Text- und Tabellenkalkulation etc. steht den Stationsleitungen damit für die tägliche Arbeit eine gute Unterstützung zur Verfügung. Die EDV-Einsichtsrechte in die Belegungsdaten wurden inzwischen allen an der Belegung der einzelnen Stationen beteiligten Bereichs- und Stationsleitungen zugeteilt.

Die Bewältigung z.B. des Belegungsmanagements ist den Stationsleitungen bei der hier im Krankenhaus implementierten Leitungsstruktur nur möglich, indem ihnen für kurze Kommunikationswege ein Dect-Telefon zur Verfügung steht. Des Weiteren haben sie Zugang zur EDV-Software „Stationsbelegung" und können so die Belegung untereinander in Absprache mit den Ärzten der Klinik regeln.

Ebenso ist jede Station mit einem sog. Stationshandy ausgestattet, sodass Telefonate des Stationsarbeitsplatzes während pflegerischer Tätigkeiten im Patientenzimmer auf dieses Handy umgeleitet und von den Mitarbeitern entgegengenommen werden können.

Im Zusammenhang mit der Erarbeitung von Pflegestandards wurde der Einsatz von Lagerungshilfsmitteln diskutiert. Zunächst wurden für alle Stationen mit erhöhtem Pflegeaufwand (z.B. ohne Entbindungsstation) Gelkissen in verschiedenen Größen beschafft. Des Weiteren wurde auf Vorschlag der jeweiligen Stationsleitung für dekubitusgefährdete Patienten über die stellvertretende Pflegedirektorin im Bedarfsfall eine Weichlagerungs- oder Wechseldruckmatratze gemietet, die mit dem entsprechenden Unternehmen in einem Jahresvertrag gemietet sind. Die Auswahl des Dienstleistungsunternehmens wurde in Zusammenarbeit mit den Stationsleitungen getroffen. Die Steuerung des Einsatzes der Wechseldruckmatratzen erfolgt weiterhin über die stellvertretende Pflegedirektorin. Im Laufe des Jahres 2005 wurde ein neues Antidekubitus-System erprobt, und zwar handelt es sich hier um ein Speziallagerungssystem im Pulsationsverfahren. Die entsprechenden Testergebnisse veranlassen uns, im Jahr 2006 eine Umstellung auf diese Systeme vorzunehmen.

5. QUALITÄTSSICHERUNG
5.1. STRUKTUREN & ORGANISATION

Obwohl das Bewusstsein für Qualität im gesamten Krankenhaus sehr präsent ist, haben wir bisher die durchgeführten Qualitätsmerkmale noch nicht in einem Qualitätsmanagement zusammengefasst.

5.2. METHODEN & DEFINIERTE VERFAHREN

AUDIT DURCH CLINOTEL

Auf Basis des Qualitätsberichtes für den Pflegedienst für das Jahr 2004 erfolgte in unserer Klinik auch im Jahr 2005 bereits das dritte Audit durch den Qualitätsbeauftragten des CLINOTEL-Krankenhausverbundes und drei Kollegen der Pflegedirektionen externer CLINOTEL-Verbundkrankenhäuser. Anhand eines „Audit-Fahrplanes" wurde das gesamte Audit-Verfahren vorab festgelegt und später nach Absprache zwischen den Auditoren abgewickelt. Zu Beginn des Audits wurde das Qualitätsprojekt der geburtshilflichen Klinik vorgestellt. Anschließend wurden in der beteiligten Stationsleitungsrunde sich ergebende Fragen aus dem Qualitätsbericht diskutiert.

Insgesamt wurde ein hoher Grad an Übereinstimmung zwischen den Inhalten des Qualitätsberichtes und der Umsetzung im Praxisalltag vorgefunden. Die Befragung der Mitarbeiter ergab eine positive Resonanz. Alle gewünschten Unterlagen und Vorgehensweisen konnten professionell dargelegt werden. Die Visitationen verschiedener Stationen und Fachbereiche ergaben interessante Fragestellungen und Erkenntnisse. Neben dem stationären Bereich wurden auch das Herzkatheterlabor besucht. Die Fragestellung bezog sich stets auf Stimmigkeit der Inhalte des Qualitätsberichtes zur Durchdringungstiefe in den einzelnen Stationen und Funktionsbereichen.

Die Fragestellung ging im Rahmen dieses Audits in eine weitere, tiefere Ebene.

Das Fazit im abschließenden Auditbericht lautet:

„Die bereits im letzten Auditbericht erwähnten Anpassungsprozesse sind weiterentwickelt worden. Die in der Auditcheckliste aufgeführten Punkte sind den Anforderungen entsprechend erfüllt.

Insgesamt werden dabei Anforderungen an ein QM-System sehr häufig in den Alltag umgesetzt und gelebt. Bei einigen Punkten kann zusätzlich deren Umsetzung dazu beitragen, dass auch künftige Anforderungen erfüllt werden können. Dies betrifft beispielsweise integrierte Behandlungskonzepte für bestimmte Erkrankungen oder die Einführung eines Fehler-/Beschwerdemanagements für das Gesamtkrankenhaus.

Da es sich bei diesem Audit bereits um das Dritte in Folge handelt, sind die o.a. Verbesserungspotenziale als positive Herausforderung auf hohem Niveau anzusehen. So ist auch der Umstand zu verstehen, dass die Auditoren in diesem Jahr einen tieferen Einblick in das QM-System erhalten konnten und damit auch der Anspruch in der Beurteilung steigt."

Nach Abschluss des Audits wurde der Pflegedirektorin in Gegenwart des Direktoriums, einiger pflegerischer Leitungen und der Presse ein CLINOTEL-internes Qualitätszertifikat überreicht. Eine Kopie dieses Zertifikates haben inzwischen alle am Audit beteiligten Mitarbeiter in unserer Klinik erhalten.

Allen, die sich im Rahmen des Audits engagiert haben, sage ich an dieser Stelle meinen herzlichen Dank für ihren individuellen Beitrag zum Gelingen dieses Audits.

Der Qualitätsbericht 2004 wurde, wie auch im Vorjahr, als krankenhausweite Information ins Intranet gestellt.

EXTERNE QUALITÄTSSICHERUNG GEMÄSS § 137 SGB V

TERMIN

Laufend.

ZIEL

Analyse von Qualitätsdefiziten in Bezug auf Dekubitus und deren Vermeidung.

MASSNAHMEN

Zu den DRGs 17/1 bis 17/3 (Schenkelhalsfrakturen ohne subtrochantäre Oberschenkelfrakturen, Implantaton einer totalen Endoprothese bei Coxarthrose und Hüft-TEP-Wechsel) und 17/5 bis 17/7 (Implantation einer TEP bei Gonarthrose, Implantation einer Schlittenprothese bei Gonarthrose und Knie-TEP-Wechsel) füllte der Pflegedienst der betroffenen Abteilungen einen sogenannten QS-Pflegebogen aus. Diese Bögen werden als Qualitätssicherungsmodul in unserem Krankenhaus-Informations-Systems zur Verfügung gestellt.

Die Fragestellung im Jahr 2005 reduzierte sich auf:

- „Lagen bei Aufnahme ein oder mehrere Decubitalulcera vor? Wenn ja, wie viele und welcher Grad?“
- „Lagen bei Entlassung ein oder mehrere Decubitalulcera vor? Wenn ja, wie viele und welcher Grad?“

Die Auswertung der eingereichten QS-Bögen ergab bei 89 Nennungen in acht Fällen Auffälligkeiten, was einem Ergebnis von 8,989% entspricht. Der Sollbereich auf Landesebene NRW liegt ebenso wie auf Bundesebene unter 6,7%. Daraufhin bat die Geschäftsstelle Qualitätssicherung NRW um eine detaillierte Stellungnahme mit dem Hinweis darauf, dass „ein statistisch auffälliger Wert“ nicht bedeuten muss, dass die Qualität der betroffenen Abteilung schlecht ist. Es erfolgte zugleich der Hinweis, dass ein Dokumentationsfehler oder eine unzureichende Dokumentation die Ursache sein könne.
Die Analyse der Patienten-Akten ergab, dass in zwei Fällen bereits bei stationärer Aufnahme ein Dekubitus bestand, der nicht kodiert wurde. In sechs Fällen zeigten die Patienten bzgl. der Lagerung keine Compliance. Leider ist bei diesen Patienten trotz aller möglichen pflegerischen Maßnahmen, die durchgeführt und ausführlich dokumentiert waren, ein Dekubitus entstanden.

QUALITÄTSSICHERUNG IN DER DEKUBITUSPROPHYLAXE UND -THERAPIE

Seit 2004 beteiligt sich unsere Klinik an einer vom CLINOTEL-Krankenhausverbund initiierten und geleiteten Arbeitsgruppe zum o.g. Thema. Im Jahr 2005 fanden zwei Treffen in diesem Rahmen statt, an dem Mitarbeiter der verschiedenen Kliniken aus dem CLINOTEL-Verbund teilnahmen. Unsere Klinik wird dort von der Leitung der IbF vertreten.
Jedes AG-Mitglied arbeitet zwei hausintern entstandene Dekubitusfälle nach einem festgelegten Schema schriftlich auf und reicht es einige Wochen vor dem Tagungstermin beim CLINOTEL-Verbund ein. Damit sich die Teilnehmer zur nächsten AG entsprechend vorbereiten können, werden ihnen die schriftlichen Unterlagen zu den Fällen vorab zugesandt. In der AG stellt schließlich jedes Mitglied seine Fälle vor und stellt sich der anschließenden Diskussion unter der Fragestellung, ob und ggf. wie der jeweilige Dekubitus hätte verhindert werden können.
Wichtigstes Ergebnis dieser AG war für unsere Klinik nochmals die Notwendigkeit, unser bestehendes Dekubitusmeldesystem so zu verändern und zu optimieren, dass alle notwendigen Daten zuverlässig und in kurzer Zeit zur Verfügung stehen.
Im Rahmen der Stationsleitungskonferenz informierte die Leitung der IbF die Anwesenden über Ziele, Vorgehen und Ergebnisse aus der Arbeit in dieser AG.

AUFBEREITUNG MEDIZINISCHER THROMBOSE-STRÜMPFE

Nach dem Medizinproduktegesetz (MPG) in der rechtskräftigen Fassung vom 01. Januar 2002 ist die Aufbereitung der medizinischen Thrombose-Strümpfe nach einem zertifizierten Verfahren vorgegeben.
Um diese gesetzliche Vorgabe zu erfüllen, hat sich unser Dienstleistungsunternehmen zur Aufbereitung dieser medizinischen Thrombose-Strümpfe zertifizieren lassen. Das Zertifikat bestätigt, dass die im Herstellerkonzept festgelegten Anforderungen bei der Aufbereitung von medizinischen Thrombosestrümpfen und Strumpfverbänden erfüllt sind. Die Gültigkeit des Zertifikates läuft bis zum 31. Oktober 2006.

KLINIKFÜHRER RHEIN-RUHR 2005/2006

Unter dem Thema: „Sie müssen ins Krankenhaus – wo sollten Sie sich behandeln lassen" erstellte der Initiativkreis Ruhrgebiet einen sogenannten Klinikführer für das Ruhrgebiet.
Auch unsere Klinik ließ sich in diesen Klinikführer aufnehmen. Der Empfehlung von Kliniken lagen Umfragen zugrunde, die vom weltweit anerkannten Picker-Institut durchgeführt wurden. Dieses Institut wurde in unserer Klinik zum zweitenmal aktiv, sodass das Verfahren bekannt war.
Die Ergebnisse aus insgesamt fünf Fachabteilungen unseres Hauses waren in einer Abteilung sehr gut, d.h. von vier möglichen „Sternen" wurden bei der „Patientenzufriedenheit mit den Ärzten, der Pflege und dem Behandlungserfolg" alle vier Sterne erzielt. Die übrigen Fachabteilungen zeigten Handlungsbedarf in unter-

schiedlicher Tiefe, der von der Pflegedirektorin gegenüber den Pflegenden präsentiert und ausführlich auf Verbesserungspotential diskutiert wurde. Allen Beteiligten ist die Ergebnisverbesserung ein wichtiges Anliegen. In Besprechungen wurde deutlich, dass die Fremdwahrnehmung doch z.T. von der Eigenwahrnehmung differiert. Insbesondere an Verhaltensweisen wird auf verschiedene Weise gearbeitet

5.3. PROZESSE
5.3.1. PATIENTENVERSORGUNG
5.3.1.1. ALLGEMEINE INFORMATIONEN

Die bereits im Qualitätsbericht 2004 erwähnten Maßnahmen wurden auch im Jahr 2005 fortgeführt.

- Mit Hilfe der bereits seit vielen Jahren eingeführten allgemeinen und intensivpflegerischen Pflegestandards soll einerseits die Qualität der geleisteten und notwendigen Pflege auf hohem Niveau erfolgen und andererseits die Planung und Dokumentation dieser Leistungen erleichtert und zuverlässiger werden.
- Die Arbeitsgruppe zur Erarbeitung der intensivpflegerischen Pflegestandards beschäftigte sich im Jahr 2005 schwerpunktmäßig mit deren Einführung und Umsetzung in den Intensivstationen der beteiligten Kliniken. Gleichzeitig wurden in diesem Verlauf die Dokumentationssysteme im Hinblick auf die Möglichkeiten einer professionellen Pflegedokumentation und die entwickelten klinikinternen Formulare überprüft.
- Die Pflegenden auf den Intensivstationen arbeiteten zuverlässig mit den Pflegestandards. Sie beurteilten es als sehr erleichternd, entsprechende Vorgaben zu haben, die ein einheitliches Arbeiten nach aktuellem Wissensstand in der Intensivpflege ermöglichen. Sie reflektierten im Verlauf dieses Jahres ihre Dokumentationssysteme im Hinblick auf die Möglichkeiten einer professionellen Pflegedokumentation und entwickelten klinikinterne Formulare.
- Die Mitglieder der Arbeitsgruppe „allgemeine Pflegestandards“ haben im abgelaufenen Jahr die Lebensaktivitäten „Sichsauberhalten und Kleiden“ und „Die Körpertemperatur regulieren“ überarbeitet.
- Die geburtshilflichen Pflegestandards werden z.Zt. durch den ärztlichen Dienst der Gynäkologie geprüft und dann in Kürze zum Druck freigegeben.
- An zwei Reflexionstagen im Oktober 2005 konnten nochmals angefallene Problematiken in der Teamentwicklung der Geriatrie angesprochen und geklärt werden. Neue Mitarbeiter konnten erfolgreich integriert werden. Das Team hat insgesamt eine gute Entwicklung genommen. Dieses ist sicherlich auch auf die hervorragende Arbeit der Stationsleitung und ihrer Stellvertretung zurückzuführen, aber auch auf die konsequente Einhaltung der Schlüsselqualifikationen durch alle Mitarbeiter der Abteilung.
  Ein wichtiges Anliegen wurde durch das pflegerische Leitungsteam übermittelt. Sie wünschen sich die Implementierung des

bereits in der Gynäkologie-Geburtshilfe existierenden Zwischenfall- und Beschwerdemanagements.
- Die Mitarbeiter des externen Dienstleisters zur Stoma- und Wundversorgung sind sehr gut qualifiziert, betreuen unsere Patienten äußerst gewissenhaft und korrekt. Sie sind stets kurzfristig erreichbar. Die Kosten bewegen sich auf gleichem Niveau wie im Jahr 2004.
- In Konfliktfällen zwischen Kostenträger bzw. nachfolgender Pflegeeinrichtung und unserer Klinik war der erstellte Überleitungsbogen unserer Klinik in allen Fällen eine wichtige Argumentationsgrundlage.

BESCHWERDEMANAGEMENT IN DER GYNÄKOLOGIE UND GEBURTSHILFE

ZIEL

Zwischenfall- und Beschwerdemanagements bedeuten nicht die Schuldzuweisung, sondern das Lernen aus Zwischenfällen und Beschwerden und somit die Anhebung der Qualität in der Leistungserbringung.

5.3.1.2. PROJEKTE 2005

5.3.1.2.1. QUALITÄTSPROJEKT DER GYNÄKOLOGIE UND GEBURTSHILFE

TERMIN

16-mal von April bis Dezember 2004.
14-mal von Januar bis Mai 2005.

EXTERN BETEILIGTE

Fa. Care-Consult Berlin

ZIEL

- Optimierung des Versorgungsprozesses
- Analyse des Patientenbedarfs und -bedürfnisses
- Förderung des Qualitätsdenkens als Basishaltung in der Patientenversorgung und Kommunikation bzw. Kooperation
- Optimierung der internen Kommunikation und Kooparetion
- Verantwortung für das Gelingen des Projektes liegt bei allen Mitarbeitern
- Kontinuierlicher Prozess
- Professioneller Umgang mit Zwischenfällen und Beschwerden
- Förderung der Zusammenarbeit unterschiedlicher Berufsgruppen
- als Pilotprojekt sollte die Qualitätsentwicklung in dieser Abteilung auf der Metaebene zwischen anderen Abteilungen und Bereichen in unserer Klinik eine Verbindung herstellen

MASSNAHMEN

In einem Reflexionsgespräch in der gynäkologisch-geburtshilflichen Klinik im September des Jahres 2003 stellte sich heraus, das verschiedenste Anteile auf dem vorhergegangenen Umsetzungsprojekt „Geburtshilfe 2000“ nicht erreicht waren. Mit dem Chefarztwechsel sollte ein neuer „Schub“ in die Abteilung gebracht werden, den die pflegerischen Leitungen, bei allem Bemühen um die Fortsetzung der Absprachen aus dem „Geburtshilfe 2000“-Konzept, nicht allein , d.h. ohne interdisziplinäre Beteiligung, schaffen konnten.
In ausführlichen Vorbereitungsgesprächen zwischen der externen Projektbegleiterin und der Pflegedirektorin wurde ein Ablaufplan mit Projektelementen erstellt, die in gezielt zusammengestellten, interdisziplinären Arbeitsgruppen bearbeitet wurden:

- Managementteam
- fünf Expertenteams
- Kerngruppe "Brustzentrum"

Insbesondere wurde bei allen Themen der Patientenbezug in den Mittelpunkt gestellt. Kompetenz und Coaching von Leitung in Vorbereitung und Durchführung von Teamsitzungen waren neben inhaltlicher Gestaltung und Problembearbeitung häufigste Themen der externen Begleitungseinheiten.

ERGEBNIS

Alle Arbeitsgruppen sind, nach grundlegender Strukturierung und Festlegung von Verantwortlichkeiten und Kommunikationswegen, arbeitsfähig und sehr engagiert bei der Entwicklung von Konzepten tätig. Im Laufe des Jahres 2005, mit Anerkennung der gynäkologischen Klinik als „Brustzentrum“, hat sich die sogenannte Kerngruppe unter der Leitung einer Fachärztin für Gynäkologie schwerpunktmäßig mit der Strukturierung dieses Projektes befasst. In der gesamten gynäkolgogisch-geburtshilflichen Abteilung ist die interprofessionelle Gestaltung und Zusammenarbeit im respektvollen Umgang miteinander inzwischen eine Selbstverständlichkeit. Die positiven Auswirkungen erfahren wir in der Klinikleitung nicht nur durch steigende Fallzahlen, sondern auch durch positive Rückmeldung von Patientinnen und deren Angehörigen.
Am 3. Juni 2005 wurde dieses Modellprojekt im Rahmen einer großen Veranstaltung dem Kuratorium, den Chefärzten der Klinik, den Stations- und Bereichsleitungen, den Seelsorgern und anderen interessierten Mitarbeitern der Klinik vorgestellt. Alle am Projekt beteiligten Mitarbeiter der gynäkologisch-geburtshilflichen Klinik beteiligten sich an der Präsentation und stellten auf eindrucksvolle Weise dar, wie ein Konzept zur Verbesserung der interprofessionellen Zusammenarbeit, veränderten Kommunikationsstrukturen und offenem Konfliktmanagement beitragen kann. Im Anschluss daran war die Möglichkeit zur Diskussion und zur Erörterung weiterer Entwicklungsperspektiven für unsere Klinik gegeben.
Ein weiterer Reflexionstag für die Mitarbeiter dieser Fachabteilung ist für das Jahr 2006 geplant.

5.3.1.2.2. DEKUBITUSMANAGEMENT

ZIEL

- Vermeidung von Dekubiti
- Einsatz prophylaktischer Maßnahmen nach den Pflegestandards
- Dokumentation von Dekubiti
- Senkung forensischer Risiken
- Reduktion des Ressourcen-Verbrauchs
- Steigerung der Qualität der Patientenversorgung

MASSNAHMEN

Im Jahr 2004 wurde die Fragestellung bearbeitet, ob die bisherige Risikoeinschätzung anhand der Norton-Skala noch den Erfordernissen und Erkenntnissen eines modernen Dekubitusmanagements entspricht. Zur Diskussion steht die Frage, ob eine Umstellung auf die Braden-Skala erfolgen sollte. Auf zwei Stationen des Hauses wurde diese erprobt. Im Ergebnis zeigt sich zur Zeit kein dringender Umstellungsbedarf, da auch die Norton-Skala ein anerkanntes Instrument zur Erhebung der Dekubitus-Gefährdung darstellt. Sie wird zu einem späteren Zeitpunkt erfolgen.
Im Lauf des Jahres 2004 hat sich gezeigt, dass die bisherige Praxis der Teilung der Dekubitusdokumentation in dezentrale Erfassung auf den Stationen (Fotodokumentation, Meldeformular, Pflegebericht) und EDV-basierte Dokumentation, die zentral durch einen Mitarbeiter der EDV-Abteilung durchgeführt wird, nicht die erwünschte Dokumentationsqualität in Bezug auf zeitliche Nähe und evaluationsunterstützende Auswertbarkeit erzielte. Darüber hinaus hat sich diese Methode als anfällig für Schnittstellenprobleme erwiesen.
Das, als Konsequenz hieraus begonnene, Projekt zur Neukonzeption der Dekubitusdokumentation wurde unter Berücksichtigung der formulierten Projektziele im Jahr 2005 fortgeführt.

ZWISCHENSTAND

Die zur Implementierung des Projektes gebildete Projektgruppe hat auch im Jahr 2005 den gesamten Projektprozess gesteuert und begleitet.
Diese Gruppe besteht aus fünf Personen mit unterschiedlichen Aufgabenschwerpunkten (primäre Projektbeteiligte):

• Pflegedirektorin	Gesamtverantwortung
• Leiter EDV-Abteilung	Technische Verantwortung
• Projektleiter	Projektleitung
• Stellvertretende Pflegedienstleitung	Schnittstelle Pflegestationen
• Leiterin der Innerbetrieblichen Fortbildung	Schnittstelle IbF/ Arbeitsgruppe

Die in 2005 notwendigen Revisionen der mit der Dokumentation verbundenen Dokumente wurden zeitgerecht vorgenommen.
Im Laufe des Jahres 2005 hat sich leider herausgestellt, dass die ausgewählte Software erhebliche Mängel aufwies, die nicht behoben wurden, da ein neues Produkt-Release aufgelegt werden sollte, welches die aufgetretenen Fehler beheben würde. Leider hat sich die vertreibende Firma in der Folge als höchst unzuverlässig erwiesen, was Termintreue und das Einhalten von Absprachen angeht. Aus diesem Grunde wurde beschlossen, sich von der Firma zu trennen und ein neues Softwareprodukt auszuwählen. Der Einsatz auf den Stationen wird sich daher bis in das Jahr 2006 hinein verzögern.
Bedingt durch die o.g. Softwareprobleme ist die statistische Verwertbarkeit der Daten sehr eingeschränkt, was die Aussagekraft und Validität der Daten deutlich vermindert.
Im Abgleich der vorliegenden Daten mit den im Bereich Medizincontrolling erfassten 332 stationären Fällen, bei denen Dekubitus-Kodierungen vorgenommen wurden, lässt sich jedoch feststellen, dass, bezogen auf die 19.755 im Jahr 2005 im Hause behandelten Patienten (ohne Neugeborene) rund 1,7% der Patienten einen oder mehrere Dekubiti aufwiesen. Insgesamt wurden 442 Dekubiti kodiert.

ERGEBNIS

Seit der strukturierten Erfassung von dekubitusgefährdeten oder bereits betroffenen Patienten, der Ergänzung von Lagerungshilfsmitteln und der Einsatzmöglichkeit von Wechseldruckmatratzen ist zu beobachten, dass die Pflegenden sorgfältiger dokumentieren, bestehende Hautdefekte genauer beschreiben und die Pflege des betroffenen Patienten unter Nutzung aller zur Verfügung stehenden Hilfsmittel planen und durchführen. Das wird deutlich in den punktuell von der stellvertretenden Pflegedienstleitung und der Leitung IbF durchgeführten Dokumentationskontrollen und in den o.g. Gesprächen.
Im einzelnen werden folgende Punkte mit diesem Dekubitusmanagement gut abgedeckt:

- Senkung der forensischen Risiken für die Klinik
- Senkung des personellen und materiellen Ressourcen-Verbrauchs
- Es handelt sich hier um eine Leistung für den Patienten
- Die Qualität der Pflege wird gesteigert
- Die Zufriedenheit von Patienten, Angehörigen und Pflegeeinrichtungen steigt

5.3.1.2.3. NOTFALL-TEAM DER INTENSIVSTATION

TERMIN

Fortlaufend.

ZIEL

- Adäquate Reanimation
- Zeitnahe Notfallversorgung
- Notfallversorgung innerhalb der Klinik
- Notfallversorgung auf dem Klinikgelände
- Bereitstellung von technischem Material
- Zentrale Bereitstellung von technischem Material zur Notfallversorgung

MASSNAHMEN

Kommt es innerhalb der Klinik oder auf dem Klinikgelände zu einer lebensbedrohlichen Notfallsituation, wird über die Telefonnummer 6666 das Reanimationsteam der Intensivstation (eine Pflegekraft und der zuständige Anästhesist), welches mit einem Notfallrucksack, einem Defibrillator mit Monitormöglichkeit und Sauerstoff ausgerüstet ist, alarmiert.
Für die Alarmierung stehen zwei Notfalltelefone zur Verfügung, so dass der zuständige Arzt und eine Pflegekraft der Intensivstation unabhängig voneinander erreicht werden können. An Werktage bedient die Stationsleitung dieses Telefon, übergibt es an eine festgelegte Person des Spätdienstes und legt die Pflegekraft des Nachtdienstes fest. Auch für das Wochenende besteht eine feste Regelung.
Die Mitarbeiter der Intensivstation werden in regelmäßigen Schulungen im Rahmen von Mega-Code-Trainings im Umgang mit Notfallsituationen geschult. Diese Schulungen werden von der Stationsleitung in Zusammenarbeit mit einem Anästhesisten durchgeführt. Schulungsintervall: alle zwei Wochen.
Kommt es zu Notfalleinsätzen, werden diese anschließend in einem Protokoll dokumentiert, welches auch die Möglichkeit für Verbesserungsvorschläge bietet.

ERGEBNIS

Im Jahr 2005 kam es zu 36 Einsätzen des Notfallteams.
Rückfragen bei den Mitarbeitern der Stationen ergaben eine hohe Zufriedenheit. Auch sind zuvor aufgetretene Ängste bei Mitarbeitern auf Allgemeinstationen in Bezug auf Notfallsituationen deutlich rückläufig (Feedback aus den Reanimationstrainings für die Allgemeinstationen). In den meisten Fällen konnte die Notfallsituation kurzfristig gelöst und die Patienten in einer stabilen Lage auf die Intensivstation verbracht werden.

5.3.2. MITARBEITER

5.3.2.1. ALLGEMEINE INFORMATIONEN

Im Jahr 2005 ergaben sich im Pflegebereich zum Einstellungstermin 01.09. insgesamt neun Neueinstellungen. Diese neun neuen Mitarbeiter nahmen ihren Dienst direkt nach abgelegtem Examen als Gesundheits- und Krankenpfleger an der Zentral-Krankenpflegeschule Lünen e.V. bei uns auf. Somit waren ihnen allesamt die Aufbaustruktur, Ablauforganisation und Pflegestandards bekannt. Dadurch bedingt fanden die offiziellen Einarbeitungstage für neue Mitarbeiter, insbesondere in der Pflege, nicht statt. Dennoch bleibt unser Ziel, neuen Mitarbeitern durch diese Einrichtung den Einstieg in unsere Klinik zu erleichtern.
Alle neuen Mitarbeitern im Pflegebereich erhielten am ersten Arbeitstag eine „Informationsschrift und Einarbeitungshilfe“ ausgehändigt, die eine rasche Information zu einigen Strukturen in unserer Klinik ermöglicht. Ziel bleibt weiterhin, klinikübergreifend eine Einarbeitungshilfe zu erstellen.

PERSONALENTWICKLUNG

ALLGEMEINES

Ständig steigende und sich verändernde Anforderungen an Institutionen im Gesundheitswesen machen es erforderlich, dass die Mitarbeiter im St.-Marien-Hospital darauf entsprechend vorbereitet werden. Nur so kann gewährleistet werden, dass die jeweiligen Aufgaben durch kompetente Mitarbeiter zuverlässig erfüllt werden. Außerdem motivieren sich Mitarbeiter viel mehr, die ihren Fähigkeiten und Interessen entsprechend eingesetzt werden, als es über- oder unterforderte Mitarbeiter tun. Ein Schwerpunkt in der Personalentwicklung ist das Wissen um die unterschiedlichen Fähigkeiten, Fertigkeiten, Qualifikationen und Neigungen der einzelnen Mitarbeiter, die ggf. zur Bearbeitung verschiedener Aufgaben eingesetzt werden können. Selbstverständlich gehört dazu auch das Ermitteln von notwendigem Fortbildungsbedarf oder anderer Förderungsmöglichkeiten. Das lässt sich u.a. in einem Mitarbeitergespräch zwischen Vorgesetztem und nachgeordnetem Mitarbeiter herausarbeiten.

MITARBEITERGESPRÄCHE

TERMIN

Einmal in zwei Jahren und bei Bedarf zur Förderung.

MASSNAHMEN

Im Rahmen einer klinikinternen Schulung für Stationsleitungen entwickelten diese mit einer externen Dozentin einen Beurteilungsbogen für Mitarbeiter, der zu verschiedenen Anlässen eingesetzt wird, z.B. zum Ende der Probezeit, zur Zeugniserstellung oder zum jährlichen Gespräch mit jedem Mitarbeiter aus

dem Pflegebereich. Diese Gespräche führt jeweils der Vorgesetzte mit seinen nachgeordneten Mitarbeitern.
Nachdem die Stationsleitungen in einem Training im Rahmen der innerbetrieblichen Fortbildung auf das Führen von Mitarbeitergesprächen mit Nutzen des entsprechenden Beurteilungsbogens vorbereitet wurden, und nachdem dieses Formular von der Klinikleitung und der MAV genehmigt wurde, finden die Mitarbeitergespräche in den o.g. Intervallen statt.
Sie werden terminiert, von den Beteiligten vorbereitet und in ruhiger Atmosphäre durchgeführt. Anhand eines Skalensystems werden Leistungen beurteilt und in Stichworten zum Teil näher beschrieben. Außerdem werden besondere Fähigkeiten, Fertigkeiten und Interessen des Mitarbeiters notiert. Abschließend werden gemeinsam Zielvereinbarungen getroffen und der Zeitraum festgelegt, innerhalb dessen die Ziele erreicht werden sollen. Die Unterschrift beider Beteiligter schließen diese Beurteilung ab.
Zum vereinbarten Termin finden ggf. Kontrollgespräche statt, die sich auf das Erreichen der vorab vereinbarten Ziele beziehen. Zu diesen Gesprächen werden Gesprächsnotizen angelegt.

ERGEBNIS

Nachdem mit den Mitarbeitern die ersten Beurteilungsgespräche stattgefunden hatten, änderten sich die zunächst bestehenden Befürchtungen. Die meisten Mitarbeiter empfanden es als angenehm und motivierend, genau zu wissen, was sie können und was sie sich bis wann wie erarbeiten müssen. Die Mitarbeitergespräche verlaufen seit dem wesentlich konkreter, zielgerichteter und verbindlicher.
Selbstverständlich finden zwischendurch im Arbeitsalltag zahlreiche weitere Gespräche statt, z.B. zu aktuellen Anlässen, terminierte und spontane, in denen die Mitarbeiter u.a. Versetzungswünsche äußern, Fortbildungsbedarf anmelden oder Interesse an der Übernahme neuer Aufgaben oder Positionen bekunden.
Die Dokumentationslisten der durchgeführten Mitarbeitergespräche im Zwei-Jahres-Rhythmus liegen der Pflegedirektorin vor.

INNERBETRIEBLICHE FORTBILDUNG

ALLGEMEINES

Die Bereich innerbetriebliche Fortbildung im St.-Marien-Hospital besteht für den Pflegebereich seit dreizehn Jahren und hat seine Aufgabenbereiche und Aktivitäten stets erweitert. So ist das Angebot seit einigen Jahren auch für externe Teilnehmer geöffnet. Die Einrichtung ist zu einer Institution der Beratung, Begleitung, Schulung und Weiterentwicklung geworden und unterstützt so Veränderungsprozesse innerhalb der Klinik und bei den Teilnehmern an den verschiedenen Veranstaltungen.
Die Leitung der innerbetrieblichen Fortbildung hat die Qualifikation zur Pflegedienstleitung in einer entsprechenden Weiterbildung erworben und ist Supervisorin.

ERGEBNIS

In 2005 nahmen 306 Mitarbeiter des St.-Marien-Hospitals mindestens einmal an den angebotenen Seminaren teil. In 57 Fortbildungsveranstaltungen, davon allein elf Reanimationstrainings, 15 mehrtätige Veranstaltungen und 13 Arbeitsgruppentagungen, wurden unterschiedlichste Themen angeboten. Insgesamt nahmen 112 Mitarbeiter an den Reanimationstrainings teil. Drei Arbeitsgruppen werden durch die IbF-Leitung begleitet. Weitere Arbeitsgruppen organisieren sich innerhalb ihres Arbeitsbereiches selbst und fordern nur bei Bedarf die Unterstützung durch die IbF-Leitung ein. Dieses sind etliche kleine stations- bzw. abteilungsinterne AGs, die sich u.a. mit Standards , Arbeitsablauforganisation und Leitungskonzepten befassen.
An den von der IbF-Leitung geleiteten Arbeitsgruppen nahmen 21 Mitarbeiter teil:

- AG der Statonsleitungen
- grundständige Standard-AG
- intensivpflegerische Standard-AG
- Mentoren-AG (bis Anfang 2004)

In der Reflexion der innerbetrieblichen Fortbildungsarbeit zeigt sich kontinuierlicher Erfolg. Dieser ist ablesbar aus vielen Rückmeldungen, die die Mitarbeiter zum Teil unaufgefordert geben oder von der Leitung der IbF, der Pflegedienstleitung oder ihrer Stellvertretung eingefordert werden. Darüber hinaus regen die Mitarbeiter selbst zunehmend Projekte und Arbeitsgruppen an und fordern spezielle Fortbildungen, z.B. zu Pflegethemen, an. Da zur Überprüfung der Pflegedokumentation ein entsprechender Bericht erstellt wird, ist auch hier eine zunehmende Verbesserung deutlich. Außerdem steigt die Zahl der gewünschten Beratungsgespräche, die z. B. der Vorbereitung von schwierigen Mitarbeitergesprächen dienen. Hier melden die betroffenen Mitarbeiter zunehmend ein besseres Gelingen und mehr Sicherheit zurück.

QUALITÄTSSICHERUNG IN DER INNERBETRIEBLICHEN FORTBILDUNG

BILDUNGSBEDARFSANALYSE

Die Leitung der innerbetrieblichen Fortbildung ermittelt den Bildungsbedarf kontinuierlich. Dazu führt sie regelmäßig Gespräche u.a. mit:

- Mitarbeitern
- Stations- und Abteilungsleitern
- Pflegedirektorin
- Stellvertretende Pflegedirektorin
- Mitarbeitern des Zentral-Krankenpflegeschule e.V.
- Evangelische Seelsorgerin
- Psychologin der Schmerzklinik

Außerdem lässt sie ihre Beobachtungen, die sie in Seminaren, Arbeitsgruppen, Gesprächen und Stationsbesuchen macht, in ihre Bildungsbedarfsermittlungen einfließen.
In 2005 sind wiederholt Versuche, vor einem geplanten Seminar individuelle Erwartungen der Teilnehmer mit einem einseitigen Fragebogen zu erfassen, gescheitert. Lediglich zwei der betroffenen Mitarbeiter gaben die Fragebögen ausgefüllt an die IbF zurück.

SEMINARPLANUNG

Die Seminarplanung erfolgte nach bekannten Muster aus

DOZENTENAUSWAHL

Die Qualität der Fortbildungsveranstaltungen hängt im Wesentlichen von den fachlichen, pädagogischen und persönlichen Fähigkeiten der Dozenten ab. Die Dozentenauswahl ist an die Vorgehensweise des Berichtes 2004 angelehnt.
An diese Trainer werden hohe Anforderungen gestellt. Grundsätzlich sprechen die Leitung der innerbetrieblichen Fortbildung bzw. ihre Mitarbeiterin zuvor mit den Dozenten und Trainern Seminarinhalte und -verlauf ab.

SEMINARVERLAUF

Die Seminare verlaufen qualitativ auf gleich hohem Niveau wie im Jahr 2004.

TRANSFER

Abschließend gehört zu diesen Veranstaltungen natürlich Vorbereitung des Theorie-Praxis-Transfers. Hier zeigt sich, ob die Teilnehmer Widerstände und Vorbehalte haben, welcher Art diese sind und ob die Teilnehmer kreativ damit umgehen und sie überwinden.
In einigen Fällen bereitet die Leitung der IbF mit dem Seminarteilnehmer in Einzelgesprächen den Transfer vor. Hierbei werden Schwierigkeiten analysiert, Handlungsalternativen entwickelt und die Umsetzung geplant.

SICHERUNG VON ARBEITSERGEBNISSEN

Die Sicherung der Arbeitsergebnisse aus den Arbeitsgruppen erfolgt stets in schriftlicher Form als Protokoll und Arbeitsunterlage. Zum Schluss einer jeden Sitzung wird das Thema für den nächsten Termin festgelegt und der Ablauf und die Ergebnisse der laufenden Sitzung reflektiert und evtl. notwendige Verbesserungen für die nächste Sitzung benannt.
Die Leitung der IbF sorgt dafür, dass zu jeder AG-Sitzung entsprechende Arbeitsunterlagen zur Verfügung stehen.

STATISTIK

Selbstverständlich ist, dass zu jedem Seminar und zu jeder AG-Sitzung eine Teilnehmerliste geführt wird. Die Leitung der IbF bereitet die Daten der Teilnehmerlisten mit Informationen über Einnahmen und Ausgaben zu einer entsprechenden

Übersicht auf. Sie ist Grundlage zur Ermittlung von Teilnehmerzahlen, Fortbildungszeiten, Anzahl von Veranstaltungen, Kosten und Einnahmen.

REANIMATIONSTRAININGS

Die Reanimationstrainings werden vom Leiter der Intensivstation und einer Fachkrankenschwester für Intensivpflege und Anästhesie durchgeführt und orientieren sich an den aktuellen Richtlinien. Eine Fortbildung zum Thema „Notfallmaßnahmen bei Neugeborenen" wurde vom Leiter der Intensivstation und einem Oberarzt der Abteilung für Anästhesie und Intensivmedizin durchgeführt. Die Stationsleitungen erhalten von der Leitung der IbF eine Liste über die Teilnahme ihrer Mitarbeiter am Reanimationstraining. Sie organisieren, dass ihre Mitarbeiter die Gelegenheiten zum Training wahrnehmen.

LITERATURANGEBOT

Die Mitarbeiter des St.-Marien-Hospitals können sich Fachliteratur zu unterschiedlichen Themen in der innerbetrieblichen Fortbildung, der Bücherei oder nach Absprache im Zentral-Krankenpflegeschule Lünen e.V. ausleihen. Dazu gehören auch Fachzeitschriften, die im Präsenzbestand in der innerbetrieblichen Fortbildung archiviert sind.

KLINIKINTERNE KONTAKTE

Innerhalb des St.-Marien-Hospitals und der Zentral-Krankenpflegeschule Lünen e.V. sind tragfähige Kontakte unbedingt erforderlich, weil sonst ein „Blick hinter die Kulissen" der verschiedenen Bereiche sehr schwer ist. Darüber hinaus verlaufen viele Projekte, Veränderungen und Aufgaben reibungsloser, wenn zwischen den Beteiligten ein Klima der gegenseitigen Wertschätzung besteht.
Die selbstverständlichen und grundsätzlichen Kontakte innerhalb der Klinik, z.B. zu den Mitarbeitern im Pflegebereich, sind im folgenden nicht aufgeführt. Darüber hinaus bestehende und für die Aufgabenerfüllung wichtige Kontakte sind:

- Zentral-Krankenpflegeschule Lünen e.V., z.B. zur Planung von Weiterbildungen zum Praxisanleiter, Diskussion zu pflegerelevanten und berufspolitischen Themen, Erfahrungsaustausch, Schüleranleitung innerhalb der Klinik und Möglichkeiten der Optimierung, Unterricht zum Thema „Arbeitsablauforganisation"
- Kollegiale Supervisionsgruppe, bestehend aus vier Mitgliedern, die in verschiedenen Bereichen tätig sind, ihre Arbeitsweise reflektieren und sich in diesem Rahmen einmal monatlich beraten
- Mitarbeiter, die im Rahmen der innerbetrieblichen Fortbildung als Lehrbeauftragte oder Trainer entsprechende Aufgaben übernehmen, z.B. die Psychologin aus dem schmerztherapeutischen Zentrum am St.-Marien-Hospital, die evangelische Pfarrerin in der Krankenhausseelsorge, Ärzte, Pflegende, Physiotherapeutinnen und externe Dozenten

- Leitung und stellvertretende Leitung im Weiterbildungsverbund für Intensivpflege und Anästhesie am St.-Marien-Hospital Lünen zur gegenseitigen kollegialen Beratung in Fragen zur Seminar- und Unterrichtsgestaltung.

5.3.2.2. PROJEKTE IN 2005

5.3.2.2.1. IBF-PROGRAMM 2005

Die nachfolgend genannten Seminare und Arbeitsgruppen fanden z.T. als Tages- oder Kurzveranstaltungen statt (einmalig oder auch mehrfach). Sie wurden ergänzt durch die oben beschriebenen Beratungen, Begleitungen und stationsinterne Fortbildungen.

Themen:

- Kinästhetik in der Pflege – Grundkurs
- Kinästhetik Aufbaukurs
- Basale Stimulation – Grundkurs
- Sterben ist Leben bis zuletzt
- Sterbende und Angehörige in ihrer letzten gemeinsamen Lebensphase begleiten
- Begleitung von Eltern, die um ihr fehl- bzw. totgeborenes Kind trauern
- Kommunikative Kompetenz – eine Schlüsselqualifikation im ärztlichen, pflegerischen und therapeutischen Handeln
- Die Arbeit im Team
- Modernes Wundmanagement
- Die V.A.C.-Therapie bei chronischen, schwersten Wundheilungsstörungen
- Pflege eines tracheotomierten Patienten
- Grundlagen der Infusionstherapie
- Leitungskompetenz und interdisziplinäre Kooperation
- Reanimationstraining
- Pflege professionell dokumentieren
- Die korrekte Einstufung der Patienten nach PPR
- Nosokomiale Infektionen
- Grundlagen der parenteralen Ernährung
- Arbeitsgruppe grundständige Pflegestandards
- Arbeitsgruppe Intensivpflegestandards
- Arbeitsgruppe der Stationsleitungen

Zur Seminarteilnahme wurden Teilnehmerlisten geführt. Darüber hinaus erhielten externe Teilnehmer eine Teilnahmebescheinigung.

5.3.3.. SICHERHEIT & UMWELT
5.3.3.1. ALLGEMEINE INFORMATIONEN

Folgende, in den letzten Qualitätsberichten beschriebene Maßnahmen haben sich auch im Jahr 2004 fest etabliert:

- Hygienesitzung

Verabredungsgemäß tagte die Hygienekommission des St.-Marien-Hospitals zweimal im Jahr 2005.
Die erste Sitzung vom 12. Mai 2005 beinhaltete folgende Themen:

- Erreger- und Resistenz-Statistik
- Vorstellung des externen Dienstleisters Labor Stein & Kollegen, Mönchengladbach
- Antibiotika-Prophylaxe im St.-Marien-Hospital
- Prüfung der ZSA durch den Regierungspräsidenten
- Neuregelungen zum Abfalltransport
- Hygiene in der OP-Abteilung

Die zweite Sitzung vom 11. Oktober 2005 befasste sich mit:

- Ergebnisse der Umgebungsuntersuchungen 2005
- Begehungsbericht des Gesundheitsamtes für den Kreis Unna
- Bodenreinigung im Krankenhaus
- MRSA-Problematik-Stand und Entwicklung
- Legionellen im Warmwasser

Frau Dr. med. Duschinski referierte zum Thema „Standardisiertes Vorgehen bei der perioperativen Antibiotikaprophylaxe". Es folgte die Darstellung der Notwendigkeit einer Antibiotikaprophylaxe. Der Indikationskatalog sollte in den Fachabteilungen erstellt werden. Die Anästhesieabteilung übernimmt die prä-, intra- und postoperative Medikation.
Zukünftig wird auf die Verwendung von Handbürsten zur hygienischen Händewaschung und Desinfektion im OP verzichtet. Die Bürsten werden nicht mehr vorgehalten.

ARBEITSSCHUTZAUSSCHUSS-SITZUNG

Im Jahr 2005 fanden nur zwei Sitzungen statt. Wiederholt stand im Jahr 2005 die sich verschärfende Problematik werdender Mütter im Arbeitsprozess im Vordergrund.
Das Unfallgeschehen in der Klinik ist gegenüber dem Vorjahr leicht angestiegen, was jedoch im Vergleich mit Zahlen der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) keine Ausreißer aufzeigt.

STRAHLENSCHUTZKURSE

Im Jahr 2005 wurden weitere Mitarbeiter nach den Strahlenschutzbestimmungen qualifiziert. Somit sind Schutzmaßnahmen für Mitarbeiter und Patienten nach den gesetzlichen Anforderungen gewährleistet.

TRANSFUSIONSKOMMISSION

Das Transfusionsgesetz schreibt eine lückenlose Kühlkette für zu transfundierende Blutprodukte vor. Aus diesem Anlass wurde im Rahmen der Transfusionskommissionssitzung und unter Einbeziehung der Stationsleitungen ein für uns passendes und den Vorschriften entsprechendes Kühl- und Transportmedium ausgewählt. Die Verteilung der beschafften Kühl- und Transportbehälter ist in alle Stationen, die Blutprodukte transportieren, erfolgt.

BELEHRUNGEN ZU UNFALLVERHÜTUNGSVORSCHRIFTEN

Alle verantwortlichen Leitungen im Pflege- und Funktionsdienst sind ihrer Verpflichtung im Jahr 2005 nachgekommen.

BELEHRUNGEN ZUR GEFAHRSTOFFVERORDNUNG

Alle verantwortlichen Leitungen im Pflege- und Funktionsdienst sind im Jahr 2005 ihrer Verpflichtung nachgekommen.

STRAHLENSCHUTZUNTERWEISUNG

Die Unterweisungen haben den gewünschten Erfolgt erzielt. Die Überprüfung der Röntgenplaketten und der Strahlendosimeter ergab keine Überschreitung der zugelassenen Grenzwerte.

SCHULUNGEN ZUM MEDIZIN-PRODUKTE-GESETZ

Im Jahr 2005 hat jeder nach MPG geschulte Mitarbeiter einen Geräte-Pass erhalten, in dem die Einweisung bestätigt ist.

BELEHRUNGEN ZUM UMGANG MIT ZYTOSTATIKA

Alle verantwortlichen Leitungen des Pflege- und Funktionsdienstes sind ihrer Verpflichtung im Jahr 2005 nachgekommen. Insgesamt dreimal kam es zu Zytostatika-Zwischenfällen, von denen in drei Fällen sogenannte „Spillkits“ zum Einsatz kamen, um verschüttete Zytostatikalösungen mit aufsaugenden Materialien zu entsorgen.

UMWELTSCHUTZ

Die Trennung der Abfälle bewirkt eine deutliche Reduzierung der Restabfallmenge und macht eine wirtschaftliche Entsorgung möglich.

5.3.3.2. PROJEKTE 2005
5.3.3.2.1. BRANDSCHUTZÜBUNG

TERMIN

Ein bis zweimal jährlich.

ZIEL/GRUND

- Sicherheit von Patienten, Mitarbeitern und Besuchern
- Umsetzung der Unfallverhütungsvorschriften BGV A 1 § 7
- Rasche und sichere Anwendung von Rettungsmitteln

MASSNAHMEN

Im September des Jahres 2005 wurde unter Beteiligung aller Berufsgruppen eine umfassende Feuerwehrübung auf einer von Grund auf renovierten Ebene durchgeführt. In diesem Zusammenhang konnte u.a. der Erfolg der umgesetzten Brandschutzmaßnahmen überprüft werden. Die Station wurde mit künstlichem Rauch derart vernebelt, dass alle notwendigen Maßnahmen einer tatsächlichen Brandsituation incl. einer Triage trainiert werden konnten. Insgesamt waren ca. 30 Mitarbeiter beteiligt. Verschiedene Mitarbeiter mussten unter der Bedingung von Schwerverletzten geborgen werden; dieses z.T. über Notausgänge.
Darüber hinaus wird das Handling von Feuerlöschern, der Rettungstücher, die Fluchtwegbeschilderung sowie das Freihalten von Fluchtwegen regelmäßig, vor allem in Stationsleitungskonferenzen und Teamsitzungen, besprochen.
Die Dokumentation aller Maßnahmen erfolgte in Teilnehmerlisten und Protokollen und wird beim Brandschutzbeauftragten archiviert.

ERGEBNIS

Im Jahr 2005 wurden im Pflegebereich an Einarbeitungstagen alle neuen Mitarbeiter unserer Klinik im Brandschutz unterwiesen. Die geplanten, halbjährlichen Unterweisung haben stattgefunden. Die Dokumentation dazu wird in der Personalabteilung abgelegt.
Die Brandschutzübung verlief insgesamt zufriedenstellend. Der Verlauf der Brandschutzübung wurde im Anschluss an die Übung detailliert besprochen und auf Verbesserungspotential hin analysiert.

5.3.4 DATENSCHUTZ & DATENSICHERHEIT
5.3.4.1. ALLGEMEINE INFORMATIONEN

BELEHRUNGEN ZUM DATENSCHUTZ FÜR NEUE MITARBEITER

Jeder neueingestellte Mitarbeiter erhält mit seinem Vertrag eine sog. Schweigepflichterklärung in doppelter Ausführung, die er unterschrieben zur Ablage in der Personalabteilung zurückgeben muss.

EDV-DATENSCHUTZ

Eine Anweisung zum Umgang mit Patientendaten im Rahmen der EDV befindet sich seit 2003 in Arbeit, ist jedoch noch nicht abschließend bearbeitet.
Externe Dienstleister, denen aus Gründen der Dokumentation ein Zugriff auf Patientendaten ermöglicht werden muss, unterschreiben ein von unserer Klinik erstelltes Formular bzgl. des Verwendungszweckes bzw. der Schweigepflicht, bezogen auf den jeweiligen Patienten.

DOKUMENTENVERNICHTUNG

Die Dokumentenvernichtung ist über die Bereitstellung von verschlossenen Datenmüll-Tonnen über die Klinik verteilt geregelt. Die Stationen und Funktionsbereiche senden die zu vernichtenden Schriftstücke in einem Umschlag mit der Aufschrift Datenmüll an eine bezeichnete Stelle zur Vernichtung.

DATENSICHERUNG

Sämtliche Daten des Pflegebereichs laufen über einen zentralen Server, der täglich einer Datensicherungskopie durch die EDV-Abteilung unterzogen wird.

5.3.4.2. PROJEKTE IN 2005

Keine Angaben für das Berichtsjahr.

5.3.5. ORGANISATION, FÜHREN & LEITEN
5.3.5.1. ALLGEMEINE INFORMATIONEN

Um fundierte und qualitativ den aktuellen Gegebenheiten angemessene Arbeit zu leisten, führt die Pflegedirektorin. Außerdem sind bestimmte Konferenzen routinemäßig etabliert, sodass für alle Mitarbeiter auf der nächsten Ebene ein Netzwerk mit unterschiedlichsten Ressourcen besteht, aus denen sie für ihren Arbeitsalltag fruchtbare Erkenntnisse und Anregungen ziehen.
Für die Pflegedirektorin gilt neben einem intensiven Austausch mit ihren Mitarbeitern eine umfassende Partizipation der Mitarbeiter an Innovation und Beteiligung an Projektentwicklung und Prozessgestaltung in der Klinik.
Die Konferenzen und Besprechungen werden überwiegend offiziell einberufen und protokolliert. Es handelt sich hier um:

- Trägersitzung
- Direktoriumssitzung
- Bereichsleitungsbesprechung (Pflege und Verwaltung)
- Stationsleitungskonferenz
- Besprechung mit der Leitung der Weiterbildungsstätte für Intensivpflege und Anästhesie
- Besprechung mit der Hygienefachkraft
- Besprechung mit den Mitarbeitern der Krankenhausseelsorge
- MAV-Dienstgebergespräch

Ebenso führen die Mitarbeiter der nachfolgenden Ebene interne Besprechungen durch, um einen kontinuierlichen Informationsfluss zu gewährleisten. Diese sind u.a.:

- Teambesprechungen der Stationsleitungen
- Teambesprechung im Sozialdienst
- Interdisziplinäre Reha-Besprechungen in der Geriatrischen Abteilung

Zu den Führungsinstrumenten zählen, wie bereits in den vorigen Qualitätsberichten beschrieben, nach wie vor:

- Pflegedokumentation in Allgemein- und Intensivstation mit der dazugehörigen Dokumentationsrichtlinie
- Checkliste zur OP-Vorbereitung (Patientensicherheit)
- Aufwachraum-Protokoll
- Endoskopie-Pflegeprotokoll
- Pflegerischer Verlegungsbericht intern/extern
- Dienstübergaben (anhand der Dokumentation bzw. am Krankenbett)
- EDV-Dienstplanung
- Mitarbeitergespräche

NEUSTRUKTURIERUNG DER ZENTRALEN STERILGUTABTEILUNG

ZIEL

Umsetzung gesetzlicher Vorgaben nach den Empfehlungen der Robert-Koch-Instituts (RKI) und nach der Medizinprodukte-Betreiber-Verordnung ((MPBetreibV) als Bestandteil des Qualitätsmanagements.

MASSNAHMEN

Nach vereinzelt kleineren Schritten im Jahr 2004 wurde im Jahr 2005 mit der konsequenten Umsetzung begonnen. Das dazu notwendige Konzept erstellte die Leitung der zentralen Sterilgutversorgungs-Abteilung in Zusammenarbeit mit der Hygienefachkraft und dem technischen Leiter der Klinik.

Folgende Qualitätsschritte wurden geplant und durchgeführt:

1. MITARBEITERQUALIFIKATION

Die Qualifikation zum Sterilisationsassistenten der Fachkunde I haben zwei Mitarbeiter und die Fachkunde II haben ebenfalls zwei Mitarbeiter erfolgreich abgeschlossen. Inzwischen ist ein Inhouse-Seminar zur weiteren Qualifizierung der in der ZSA tätigen Mitarbeiter terminiert.

Im Rahmen innerbetrieblicher Fortbildung wurden alle Mitarbeiter der Abteilung durch die Hygienefachkraft unserer Klinik, Instrumenten- und Gerätehersteller zu folgenden Themen geschult:

- Einführung in die Mikrobiologie und Hygiene
- Instrumentenherstellung, Aufbereitung, Pflege und Verpackung
- Funktion und Einweisung eines Dampfsterilisators
- verschiedene Verpackungsarten, -materialien und Umgang mit Einschweißgeräten

2. ERSTELLUNG EINES QUALITÄTSHANDBUCHES

Das Qualitätshandbuch wurde gemeinsam mit der Hygienefachkraft erarbeitet. Dieses Handbuch befindet sich in der ZSA. Die Mitarbeiter sind anhand dessen geschult worden. Es steht jedem Mitarbeiter zur Einsicht zur Verfügung.

3. ERSATZ DES VORHANDENEN EDV-SYSTEMS

Das vorhandene Dokumentationssystem wird den heutigen Ansprüchen nicht mehr gerecht und wurde durch das System „Instacount" ersetzt. Dieses Programm beinhaltet u.a. die Erfassung aller aufzubereitenden Medizinprodukte, deren Einstufung auf der Grundlage der Empfehlungen des Robert-Koch-Instituts und die Beschreibung der Aufbereitungsverfahren für jedes Medizinprodukt.

4. ERSATZBESCHAFFUNG FÜR NICHT AUSREICHEND VALIDIERBARE REINIGUNGS- UND DESINFEKTIONSGERÄTE

Ab Februar 2005 wurden zwei Reinigungs- und Desinfektionsgeräte mit einer Schnittstelle zum Dokumentationsprogramm installiert. Nach Lieferung und Positionierung in der Abteilung erfolgte die Validierung und die entsprechende Mitarbeiterschulung.

5. RÄUMLICHE BEDINGUNGEN

Die Räumlichkeiten bzw. die Ablauforganisation der Zentralen Sterilgutversorgungs-Abteilung entsprachen nicht den Anforderungen der Richtlinien für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention. Deshalb wurden sie nach den Richtlinien wie folgt umgestellt:

Unrein:	Materialannahme und Entsorgung der Instrumente
Rein:	Pflege, Packen, Sterilisation und Freigabe der Instrumente
Sonstiges:	Büro, Personalumkleide, Sozialraum und Lager

ERGEBNIS

Im Jahr 2005 fand im April eine Überprüfung der Struktur und Abläufe der ZSA durch Herrn Dr. Heuermann als Mitarbeiter der Bezirksregierung Arnsberg statt. Die Validierbarkeit der vorhandenen Sterilisatoren (Altgeräte) wurde durch das Institut Hybeta in Münster überprüft. Der verantwortliche Mitarbeiter des Institutes begleitete ebenfalls die gesamte Überprüfung unserer Einrichtung. Im Ergebnis durfte unsere ZSA weiterbetrieben werden, jedoch erfolgten einige abzuarbeitende Auflagen. Unter anderem sind die Sterilisatoren durch neuwertige, validierbare

Geräte zu ersetzen. Hierüber ist der Auftrag zu zwei 8-STE-Geräten inzwischen erteilt. Weiterhin wird an der Einhaltung gesetzlicher Vorgaben, sowohl in personeller als auch in technischer Hinsicht, gearbeitet.
Eine Siebreorganisation wurde Ende des Jahres 2005 vorbereitet.

5.3.5.2. PROJEKTE IN 2005

Keine Angaben für das Berichtsjahr.

5.3.6. EXTERNE BEZIEHUNGEN & NETZWERKE

5.3.6.1. ALLGEMEINE INFORMATIONEN

Um den Anforderungen der in unserer Klinik vorhandenen Abteilungsstruktur und den gesetzlichen Rahmenbedingungen in entsprechenden Strukturen und ablauforganisatorischen Maßnahmen gerecht werden zu können, benötigt das Pflegemanagement neben den hausinternen Kontakten unbedingt externe Inputs, Austausch mit Fachkollegen und ein stabiles, breit gefächertes Netzwerk. Nur so sind die Bedingungen für eine qualitativ gute und in ihrer Abwicklung stringent durchzuführende Patientenversorgung zu gewährleisten. Durch die Abteilungsstruktur des Krankenhauses ergeben sich viele enge Kontakte zu Reha-Kliniken, stationären und ambulanten nachsorgenden Pflegeeinrichtungen, Beratungsstellen bei den Kommunen oder freigemeinnützigen Einrichtungen der Stadt Lünen und seiner Umgebung.
In unserer Klinik betreiben zwei niedergelassene Nephrologen eine Dialyse für stationäre Patienten. Damit ist die Versorgung der Patienten des Krankenhauses gewährleistet. Sie veranlasst niedergelassene Ärzte zur Einweisung dialysepflichtiger Patienten, die zuvor nur in entsprechend ausgestattete Kliniken eingewiesen wurden.

Weitere Externe Kontakte, die intensiv zur Verbesserung der Pflegequalität wie auch der gesamten Patientenversorgung der Region zugute kommen sind:

- Arbeitsgruppe der Pflegedienstleitungen im CLINOTEL-Krankenhausverbund
- Arbeitskreis von Pflegedienstleitungen und Leitungen innerbetrieblicher Fortbildung überregional
- Verband für Pflegemanagement auf Bundes- und Landesebene
- PDL-Sitzungen der Zentralkrankenpflegeschule Lünen e.V.
- Mitgliederversammlung der Zentral-Krankenpflegeschule Lünen e.V.
- Arbeitskreis Gesundheit im Kreis Unna
- Regionale externe stationäre und ambulante Pflegedienste
- Netzwerke des Sozialdienstes
  - Psychosoziale Arbeitsgemeinschaft – Alte Menschen
  - Arbeitskreis „Sozialdienst im Krankenhaus“
  - Kreispflegekonferenz
  - Initiativkreis „Altenarbeit Südliches Lünen“
  - Arbeitskreis „Gesundheit“

- Arbeitskreis „Suchtberatung im Krankenhaus“
- Netzwerke der Weiterbildungsstätte für Intensivpflege und Anästhesie
- Bezirksregierung Arnsberg
- Gesundheitsamt Kreis Unna
- Landesarbeitsgemeinschaft für Weiterbildungsstätten NRW
- Regionale Arbeitsgruppen NRW
- Universitätsklinik Münster – Organtransplantationszentrum
- Deutsche Gesellschaft für Fachkrankenpflege
- Reflektionsgespräche Verbund-Krankenhaus mit Weiterbildungsstätte
- Austausch in den Verbund-Krankenhäusern

5.3.6.2. PROJEKTE IN 2005

5.3.6.2.1. OPFERHILFE LÜNEN

TERMIN

Viermal jährlich.

ZIEL

Bedarfsorientierte Koordinierung bestehender Hilfeangebote.

MASSNAHMEN

Die AG traf sich im Jahr 2005 insgesamt viermal. In der konstituierenden Sitzung wies der Opferschutzbeauftragte auf die Bedeutung eines funktionierenden Netzwerkes zur Gewährleistung einer optimierten Opferversorgung hin und stellt die bereits über fast sechs Jahre bestehende Arbeit des AK „Dortmunder Opferhilfe“ vor.
Unter dem Aspekt, Fachkräfte zur professionellen Hilfe auf Anfragen der Polizei oder Rettungskräfte zu jeder Tageszeit zur Verfügung zu haben, setzt sich der Arbeitskreis aus Personen des Polizeipräsidiums Dortmund, des St.-Marien-Hospitals, der Westfälischen Klinik Dortmund, der Vestischen Kinderklinik, den Justizbehörden, des Versorgungsamtes, kirchlicher Dienste, der Stadt Lünen und der Beratungsstellen Lünens bzw. des Kreises Unna zusammen.

ERGEBNIS

Im Laufe des Jahres 2005 stellten sich bisher vier der beteiligten Mitglieder mit ihrer Institution bzw. ihren Aufgabenbereich vor. Diese Serie wird im Jahr 2006 fortgesetzt und erscheint als sehr wichtiger Beitrag, da nur so allen Beteiligten die Ressourcen bewusst werden.
Ende des Jahres 2005 wurde unserer Klinik von Seiten der Landesregierung NRW ein Leitfaden „Diagnose: Häusliche Gewalt“ zur Verfügung gestellt, der in unseren Notaufnahmebereichen vorgehalten wird und dem Arzt in einer entsprechenden Situation Erläuterungen im Umgang mit Gewaltopfern und darüber hinaus eine entsprechende Dokumentation ermöglicht.

5.3.6.2.2. NETZWERK „ÄLTERE MIGRANTEN“

TERMIN

Fünfmal jährlich.

ZIEL

Verbesserung der vorhandenen Strukturen für Migranten, d.h. Zugangswege zum sozialen System sollen für diese Gruppen erleichtert werden.

MASSNAHMEN

Kompetenzbündelung zum Thema „Ältere Migranten“ und hieraus resultierende Projektplanung (Seniorenwegweiser, Video u.a.)

ERGEBNIS

Im Rahmen des Modellprojektes „Ältere Migranten“ im Kreis Unna fanden verschiedene Veranstaltungen statt, u.a. eine Fortbildung zum Thema „Entwicklung interkultureller Handlungskompetenzen von Kranken- und Altenpflegepersonal“. Resultierend aus dem 1. Modellblock haben sich verschiedene Berufsgruppen zum „Netzwerk Ältere Migranten“ zusammengeschlossen.

5.3.6.2.3. ARBEITSGEMEINSCHAFT GEM. § 4 LANDESBETREUUNGSGESETZ (LBTG)

TERMIN

Zweimal jährlich.

ZIEL

Förderung der Zusammenarbeit in Betreuungsangelegenheiten auf örtlicher Ebene.

MASSNAHMEN

Beteiligt ist das Vormundschaftsgericht (Richter und Rechtspfleger), Sozialdienst der Krankenhäuser, der Alten- und Pflegeheime, Stadtverwaltungen, Ärzte des Kreisgesundheitsamtes, Mitarbeiter des sozialpsychiatrischen Dienstes, Betreuungsverein SkF Werne, Sprecher der Berufsbetreuer.
Diskutiert wurden Auswirkungen des 2. Betreuungsrechtsänderungsgesetzes (2. BtÄndG), das am 1. Juli 2005 in Kraft getreten ist.
Alle Teilnehmer wurden durch eine Synopse auf den selben Wissensstand bezüglich der gesetzlichen Änderungen gebracht.

ERGEBNIS

Die AG ist auf den Zuständigkeitsbereich der Städte Selm und Werne beschränkt, also auf Betreuungsangelegenheit den Vormundschaftsrichters des Amtsgerichtes Lünen für diesen Bereich. Es werden Themen zu diesen Arbeitsfeldern behandelt.

5.3.7. EXTERNE DATEN, VERGLEICHE & BENCHMARKING

5.3.7.1. ALLGEMEINE INFORMATIONEN

Alle im Qualitätsbericht beschriebenen Projekte des Jahres 2004 wurden auch in 2005 kontinuierlich fortgeführt. Es handelt sich um:

- Pflegepersonalregelung
- PPR-Controlling
- PPR-Einstufungsrichtlinien
- Personalkennzahlen im CLINOTEL-Krankenhausverbund
- Kosten Pflegedienst und Funktionsdienst bezogen auf einzelne DRGs

(Die entsprechenden Kalkulationen befinden sich in der Bearbeitung durch eine Controlling-Arbeitsgruppe und sind noch nicht zu bewerten).

5.3.7.2. PROJEKTE IN 2005

Keine Angaben für das Berichtsjahr.

5.3.8. CONTROLLING, INVESTITIONS- & FINANZMANAGEMENT

5.3.8.1. ALLGEMEINE INFORMATIONEN

Die in den letzten Jahren im Qualitätsbericht beschriebenen Projekte zu diesem Punkt wurden in Anteilen weiter umgesetzt. Z.T. setzten sich die gleichen Probleme in 2005 fort:

- Personalbudget
- Berechnung der Kostenanteile Pflege an einzelnen DRG
- Investitionsmittelplanung Pflege (Sachkosten)

5.3.8.2. PROJEKTE IN 2005

5.3.8.2.1. ERHEBUNG PFLEGERELEVANTER NEBENDIAGNOSEN

TERMIN

Laufend.

ZIEL

Korrekte Aufnahme von Schweregrad-Bedingungen in der Pflege zur Verschlüsselung im DRG-System

MASSNAHMEN

Im Zusammenhang mit der Einführung der DRGs ergab sich die Notwendigkeit, gemeinsam mit Ärzten und Pflegekräften eine Kodierungsbasis zu erarbeiten, die den vorgegebenen Kodierrichtlinien entspricht. Die Medizincontrollerinnen unserer Klinik haben mit der Pflegedirektorin und den Stationsleitungen gemeinsam einen Bogen entworfen, auf dem die Pflegenden dem jeweils verantwortlichen Arzt der einzelnen Abteilungen einen Kodierungsvorschlag machen, der bei der abschließenden Verschlüsselung durch den Arzt geprüft und ggf. verwendet wird. Dieser steht inzwischen im EDV-System der Klinik zur Verfügung. Ein Teilbereich ist die Lagerungsbehandlung, die in klaren Vorgaben strukturiert vorliegt.

ERGEBNIS

Die Erhebung der Pflegediagnosen erfolgt gewissenhaft und trägt zur Zielerreichung bei.

5.3.9. EINKAUFSMANAGEMENT & LOGISTIK

5.3.9.1. ALLGEMEINE INFORMATIONEN

Das St.-Marien-Hospital Lünen ist Mitglied der
AGKAMED-KELM GmbH (**A**rbeits Gemeinschaft **KA**rdiologie und **MED**izinischer Sachbedarf **K**rankenhaus-**E**inkauf-**L**ogistik-**M**anagement)

TESTUNG VON PFLEGEPRODUKTEN IM RAHMEN DER AGKMED-KELM GMBH

TERMIN

Besprechungen viermal jährlich; Testphasen regelmäßig laufend.

ZIEL

Produktstraffung bei qualitativ hohem Standard.

MASSNAHMEN

Im Rahmen eines Anwendertreffens zu Beginn des Jahres in Saarbrücken konstituierte sich die Arbeitsgruppe Pflege, deren Vorsitz die Pflegedienstleitung des St.-Marien-Hospitals übernahm.

ERGEBNIS

Zusammen mit fünf weiteren Pflegedienstleitungen, verteilt über das gesamte Bundesgebiet, wurden in diesem Jahr OP-Handschuhe steril und unsteril, Untersuchungshandschuhe, Liegeflächensystem und Wechseldrucksysteme in allen fünf Klinken auf ihre Qualität hin getestet worden. Bei der qualitativen Bewertung der Handschuhe ist überwiegend auf Erfahrungswerte der einzelnen Kliniken zurückgegriffen worden. Die zusammengetragenen Ergebnisse werden, wie auch bei anderen Produkten, wieder zur Grundlage bei Preisverhandlungen der Geschäftsführung der AGKAMED-KELM GmbH genutzt. Das Kompetenz-Center für den

Bereich Pflegeprodukte etc. ist in Garmisch-Partenkirchen angesiedelt. Dieses bedeutet eine enge Abstimmung der AG-Leitung mit dem Verantwortlichen für das Kompetenz-Center.
Im Bereich Wundmanagement wurde im Jahr 2005 bereits eine erfolgreiche Verhandlung mit der Industrie abgeschlossen

E-COMMERCE (BESTELLWESEN PER EDV)

Das bereits in 2002 begonnene Projekt E-Commerce wurde im Jahr 2004 abschließend in allen Stationen und Funktionsbereichen eingerichtet. Die Mitarbeiter können somit die Bestellung für Pflegeartikel, Schreibbedarf und Reinigungsmittel direkt am Stations-PC eingeben. Bisher ist noch eine Zwischenkontrolle durch die Wirtschaftsabteilung erforderlich. Nach erfolgter Gesamtumstellung in unserer Klinik werden die Bestellungen über eine bestimmte Plattform direkt Online an die Großlieferanten weitergeleitet. Ziel ist die kommissionierte Anlieferung der bestellten Ware bei Auftraggeber vor Ort. Hier sind zur Vereinfachung der Artikelerfassung an den Bestellplätzen weitere Erleichterungen im Bestellwesen einzurichten (Barcode-Leser o.ä.). Hier hat sich leider im Jahr 2005 keine weitere Entwicklung ergeben.

5.3.9.2. PROJEKTE IN 2005

Keine Angaben für das Berichtsjahr.

6. WEITERGEHENDE INFORMATIONEN

Pflegedirektorin

Telefon	02306-77-2100
Fax	02306-77-2229
E-Mail	pdl@smh-online.de

Stellvertretende Pflegedirektorin

Telefon	02306-77-2102
Fax	s.o.
E-Mail	worpenberg.annegret@smh-online.de

Bereichsleitung Funktionsdienst

Telefon	02306-77-2103
Fax	s.o.
E-Mail	deppe.dorothe@smh-online.de

Innerbetriebliche Fortbildung

Telefon	02306-77-2107
Fax	s.o.
E-Mail	ibf@smh-online.de

Leitung Weiterbildungsstätte Intensivpflege und Anästhesie

Telefon	02306-77-2105
Fax	s.o.
E-Mail	bauer.martina@smh-online.de

Leitung Sozialdienst

Telefon	02306-77-2120
Fax	02306-77-2124
E-Mail	kollmann.ulrike@smh-online.de

7. SCHLÜSSELERGEBNISSE

Der Personalstand im allgemeinen Pflegebereich incl. der Intensivstation ist im Jahresdurchschnitt 2005 um 4,46 Vollkräfte auf 294,18 angestiegen, das entspricht einer Aufstockung von 1,5%.

Die Zahl der fachweitergebildeten Mitarbeiter ist im Pflegedienst ist bei 36 Mitarbeitern geblieben. Im Funktionsdienst ist ebenfalls keine Veränderung festzuhalten.

Die Altersstruktur der Mitarbeiter hat sich durch ausgebliebene Fluktuation nicht verändert.

Von 546 Mitarbeitern im Pflege- und Funktionsdienst waren im Jahr 2005 insgesamt 38 als Mentoren qualifiziert, das entspricht einem Anteil von etwa 7%.

Von 14 Stationsleitungen sind zwölf durch einen Leitungskurs auf ihre Aufgaben vorbereitet. Dieses entspricht einem Anteil von etwa 86%. Von den 19 Stellvertretungen sind 16 durch einen Leitungskurs qualifiziert, dieses entspricht einem Anteil von ca. 84%. Zwei Mitarbeiter befinden sich z.Zt. in einem Kurs.

Die Gesamtzahl der Krankenpflegeschüler betrug 142. Im Jahr 2005 absolvierten 32 Schüler die Ausbildung erfolgreich, 58 Schüler nahmen die Ausbildung auf. Insgesamt brachen 10 Schüler die Ausbildung ab.

Intensive und routinemäßige, jährlich wiederkehrende UVV-Belehrungen haben offensichtlich im Jahr 2005 einen relativ positiven Effekt in Bezug auf das Unfallgeschehen in unserer Klinik ergeben. So ereigneten sich im Jahr 2005 124 Unfälle, das bedeutet eine Zunahme von 29% im Vergleich zu 2004. Erschreckend ist dabei die Zunahme der Stichverletzungen zu sehen. Auch die Wegeunfälle auf dem Weg zur Arbeit oder auch im Krankenhaus nahmen zu. Wegeunfälle im Haus sowie sonstige Unfälle nahmen leicht zu. Dieses Ergebnis ist umso erschreckender, als besonderer Wert auf die Entsorgung spitzer Gegenstände gelegt wird.

Insgesamt 306 Mitarbeiter von 546 haben mindestens einmal an einer Veranstaltung der innerbetrieblichen Fortbildung teilgenommen. Dieses macht einen Anstieg von ca. 47,5% auf 56% aus.

In Reanimationstrainings wurden 112 Mitarbeiter (ca. 20,5%) des St.-Marien-Hospitals geschult. Die niedrige Teilnehmerzahl ist in dem geringen Angebot begründet. Die Stationsleitungen tragen Sorge dafür, dass besonderer Bedarf bei den Mitarbeitern gut abgedeckt wird.

Die Arbeitsgruppe zur Aktualisierung der grundständigen Standards fand an neun

Tagen statt. Ihr gehörten vier Mitarbeiter der Klinik und neun externe Pflegende an.
Die Arbeitsgruppe zur Entwicklung intensivpflegerischer Standards fand an einem Tag statt. Ihr gehörten zwei Mitarbeiter unserer Intensivstation und vier externe Pflegende an.
Die Arbeitsgruppe zur Optimierung der Arbeitsabläufe in den Medizinischen Kliniken tagt mittlerweile völlig selbständig mit den Chefärzten und einigen Oberärzten. Hier engagieren sich fünf Stationsleitungen.
Im Jahr 2004 fanden insgesamt 13 ordentliche Stationsleitungskonferenzen statt. Zum Thema „Fragebogenaktion einer Studentin" wurde eine außerordentliche Stationsleitungskonferenz einberufen. Das Ziel von 100% wurde hier erreicht.

8. ZUSAMMENFASSUNG & AUSBLICK

Viele der genannten Aktivitäten und Projekte spielen sich im Rahmen ständiger Prozesse täglich wie selbstverständlich ab. Immer wieder wird jedoch im Zusammenhang mit der Erstellung von Berichten im Sinne einer Bestandsaufnahme deutlich, wie umfassend das Aufgabengebiet der Pflegedirektorin ist. Auch im abgelaufenen Jahr kamen etliche Punkte hinzu. Dieses allein zu bewältigen wäre vielleicht mit übermenschlichen Fähigkeiten möglich – daher bin ich froh und stolz auf die vielen genannten und auch ungenannten Mitarbeiter, die sich an der Erstellung dieses umfangreichen Werks beteiligt haben.
Nach der offiziellen Übergabe des „Qualitätsbericht des Pflegedienstes für das Jahr 2004" wurde dieser wiederum ins Intranet der Klinik gestellt, um einen guten Informationsfluss zu gewährleisten. Offensichtlich nimmt jedoch die tägliche Arbeit und die Arbeitsverdichtung die Stationsleitungen und übrigen Mitarbeiter derart in Anspruch, dass bisher wiederum leider nur wenige Rückmeldungen zu diesem Bericht erfolgten. Dennoch sind die Mitarbeiter darüber informiert, dass sie den Qualitätsbericht hier nachlesen können. Besonders groß war das Erstauen darüber, was die Qualitätsdarstellung von Pflege, vor allem in der Menge, in einer Klinik ausmacht. In die Ausführungen des Berichtes zum Jahr 2005 sind wiederum die Anregungen der verschiedensten Bereich und Stationsleitungen eingeflossen.
Insgesamt wurde die Qualität der Pflege weiter optimiert. Nicht zuletzt durch Qualifizier-ungsmaßnahmen von Mitarbeitern im Rahmen der innerbetrieblichen Fortbildung und Teilnahme an internen wie externen Weiterbildungsmaßnahmen konnte die Pflegequalität und die Mitarbeiterzufriedenheit weiter gesteigert werden. Auch die Diskussionen an den Schnittstellen zu anderen Berufsgruppen hatten wiederum große Bedeutung. So konnte in einzelnen Gesprächen mit den Leitungen externer stationärer und ambulanter Pflegeeinrichtungen durch Fallbesprechungen die qualitative Versorgung der Patienten Lünens und der Umgebung weiter verbessert werden. Außerdem konnte durch die Arbeitsgruppe der Stationsleitungen der Medizinischen Kliniken die Ablauforganisaton (Aufnahme-, Belegungs- und Entlassungsmanagement) besser aufgebaut werden. Auch die Zufriedenheit über die Zusammenarbeit ist weiter gewachsen.

Die qualitative Leistung der Weiterbildungsstätte hat ihre Attraktivität weit über die Grenzen unseres bisherigen Einzugsbereichs verbessert. Positive Veränderungen in der Qualität der pflegerischen Versorgung der Intensiv- sowie Anästhesieabteilungen waren Beweggründe für den Wechsel von sieben weiteren Kliniken in unseren Weiterbildungsver-bund. Die Leitungen der Weiterbildungsstätte haben wiederum einen hohen Einsatz in der Begleitung der Kursteilnehmer in den Krankenhäusern vor Ort geleistet.

Durch weitere intensive Begleitung der Stationsleitungen wurde die Plausibilität der PPR-Einstufungen zur Pflegedokumentation beibehalten. Das durchschnittliche Jahresergebnis einer Genauigkeit der PPR-Einstufungen von beinahe 100% spricht an dieser Stelle für sich.

Das Angebot von Fachliteratur wurde sehr unterschiedlich genutzt. So informierten sich Teilnehmer verschiedener Weiterbildungskurse oder auch Arbeitsgruppen ausführlich und intensiv anhand der vorgehaltenen Fachzeitschriften und Bücher. Darüber hinaus wäre eine vermehrte Nutzung wünschenswert.

Im Rahmen der innerbetrieblichen Fortbildung wurden im Jahr 2005 folgende Angebote besonders positiv bewertet: „Kommunikative Kompetenz – eine Schlüsselqualifikation im ärztlichen, pflegerischen und therapeutischen Handeln", „Notfallmaßnahmen beim Neugeborenen", „Sterben ist Leben bis zuletzt", „Pflege professionell dokumentieren". Die Stationsleitungen setzten für ihre Trainings ihren Bildungsurlaub ein und übernahmen die Kosten für das externe Bildungshaus. Diese Reaktion zeugt von einem hohen Anspruch an ihr Leitungs- und Leistungsniveau, das unbedingt zu unterstützen ist.

Nach dem Start des „Aktivum" im Jahr 2004 zeigte sich in den angebotenen Gesundheits-trainings und -beratungen eine rege Nachfrage. In monatlichen sog. „Gesundheitsdialogen", die zunächst von Chefärzten unserer Klinik, später in gemeinsamer Gestaltung mit niedergelassenen Ärzten, durchgeführt wurden, werden für interessierte Laien in der Lüner Bevölkerung Vorträge zu Gesundheitsthemen gehalten. Die unterschiedlichsten Präventiv- und Kursangebote sind in einem jeweiligen Halbjahresprogramm zusammengefasst.

Die Überarbeitung der vorhandenen allgemeinen Pflegestandards nahm wiederum einen großen Raum in der Zusammenarbeit mit den externen Kliniken und der Zentral-Krankenpflegeschule Lünen e.V. ein. Im Jahr 2004 konnte das Pflegestandardpaket an zwei weitere Kliniken in Lizenz verkauft werden.

Der bereits im Jahr 2001 eingeleitete Umsetzungsprozess des „Geburtshilfekonzeptes 2000" wurde im Jahr 2005 in das Qualitätsprojekt der gynäkologisch-geburtshilflichen Klinik umgewandelt. Es ist als Pilotprojekt angelegt und wurde im Laufe des Jahres allen Interessierten der Klinik präsentiert. Die Geburtenzahlen stiegen jedoch nur in geringem Umfang. Die Anerkennung des St.-Marien-Hospitals als Brustzentrum waren ein Teil von vielen neuen Herausforderungen in diesem Fachbereich.

Nach einem bereits im Jahr 2003 abgeschlossenem Teambildungsprozess im Bereich der Geriatrie kristallisierte sich, wie bereits im Jahr 2004, der Bedarf nach einem weiteren Reflexionstag heraus. Unter der fachkundigen Führung von Frau Westen, vom Unternehmen CareConsult, Berlin, fand dieser im Oktober 2005

statt. Es stellte sich heraus, dass die Ergebnisse aus dem Teambildungsprozess hervorragend umgesetzt werden. Fragen und Unsicherheiten konnten in diesem Gespräch geklärt werden.

Einer Fallzahl von 19.347 des Jahres 2004 steht eine Fallzahl von 19.757 (ohne Neugeborene) des Jahres 2005 gegenüber. Daraus ist der zunehmende Leistungsdruck und die Arbeitsverdichtung bei einer verkürzten Verweildauer und durchaus ablesbar. Im Gegensatz der letzten Jahre ergibt sich für das Jahr 2005 eine Veränderung der Pflegeintensität sowohl der niedrigsten Pflegestufenkombination A1/S1 mit 37,4% als auch zur Kombination A3/S2 von 15,9%. Diese Verschiebungen ergeben sich z.T. aus neuen Therapiemöglichkeiten. Darüber hinaus entwickelt sich eine Verschiebung zum höheren Pflegestufen und trägt der Tatsache Rechnung, dass das Alter der behandelten Patienten als auch die Multimorbidität zunimmt. Die Entwicklung in dieser Richtung wird sich in den kommenden Jahren noch weiter fortsetzen.

Durch die Optimierung der Pflegedokumentation, des Dekubitusmanagements und Schulung und Begleitung der Mitarbeiter in diesen Bereichen konnten Personalressourcen zugunsten der Pflege am Patientenbett eingesetzt werden. Die lückenlose Dokumentation hat zunehmend in einzelnen rechtlichen Auseinandersetzungen mit Patientenanwälten oder auch in der Verweigerung der Kostenübernahme von Seiten der Krankenkassen für einzelne Patienten positive Auswirkungen in der Form gehabt, dass klare Tatbestände aus der Dokumentation ablesbar waren und somit zusätzliche finanzielle Belastungen abgewendet werden konnten.

Das St.-Marien-Hospital hat nicht zuletzt durch Anfragen externer Pflegedienstleitungen und Aus- und Weiterbildungsinstituten nach Hospitations- und Praktikumsmöglichkeiten an Attraktivität gewonnen. Durch Projekte wie „Übergabe am Patientenbett“ oder auch „Einführung eines Kernarbeitszeitmodells“ ist die Attraktivität für Patienten wie Mitarbeiter aus dem externen Blickwinkel gestiegen. Auch wurden im Bereich der Intensivstation und der Anästhesie wieder Praktikumsplätze im Rahmen der Ausbildung zum Rettungssanitäter/Rettungsassistenten genutzt.

Durch viele regelmäßig wiederkehrende Besprechungen und Schulungen der Mitarbeiter, wie z.B. die Hygienesitzung, ist eine sichere Versorgung der Patienten mit MRSA-Infektionen gewährleistet. Dieses entstandene Konzept garantiert einen empfehlungskonformen Umgang mit der Problematik. Zu allen Gesprächen des Jahres 2005 erfolgte eine schriftliche Dokumentation.

Die Zunahme der OP-Zahlen forderte eine Verbesserung der Saal-Nutzung. Um hier Ressourcen zu analysieren und zu aktivieren wurde im letzten Quartal des Jahres 2004 unter der Leitung des Chefarztes der Anästhesie eine interdisziplinäre Arbeitsgruppe installiert. In dieser Zusammensetzung erschien dem Direktorium der Klinik ein intensiver Austausch und die Entwicklung eines von allen Beteiligten tragbaren Konzeptes möglich. Leider brachte dieses Projekt nicht den gewünschten Erfolg. Im Jahr 2005 wurde unter externer Leitung und Moderation eine Projektgruppe implementiert, die sich mit der Reorganisation des OP-Managements befasst. Sie ist interdisziplinär besetzt und erarbeitet

auf der Grundlage einer Analyse seitens des externen Dienstleisters ein für alle Berufsgruppen gültiges Regelwerk.
In der Ebene I unserer Klinik wird durch umfassende Umbaumaßnahmen u.a. eine Zentrale Aufnahme eingerichtet. Neben den baulichen Veränderungen sah das Direktorium die Notwendigkeit, diese interdisziplinär geplante Zentrale Aufnahme auch interprofessionell in der Ablauforganisation und Koordinierung im Rahmen eines Qualitätsprojektes erarbeiten zu lassen.

In Zusammenarbeit mit einer externen Begleitung befassen sich Arbeitsgruppen, die sich aus allen Berufsgruppen zusammensetzen, mit Themen wie:

- Organisation
- Klinische Pfade
- Personal
- Öffentlichkeitsarbeit
- Zwischenfall- und Beschwerdemanagement
- Qualitätssicherung

Eine Steuerungsgruppe, in der das Direktorium vertreten ist, entscheidet anhand von Vorlagen aus dem Projektteam über Prozessanteile und die Gesamtrichtung des Prozesses.
Die gesetzliche Vorgabe der Validierbarkeit von Sterilisationseinheiten incl. Reinigungs- und Desinfektionsautomaten beschäftigten sowohl die Leitung des Funktionsbereiches als auch die Hygienefachkraft und die Haustechnik in außergewöhnlichem Maß. Neben den technischen Anforderungen waren die Zuordnung der Instrumente zu bestimmten Kategorien, die Erstellung eines Handbuches zur Prozessbeschreibung und Ablauforganisation der Zentralsterilisations-Abteilung sowie die Mitarbeiterqualifikation im Bereich Sterilisationsassistenz und weitere interne Schulungen in Bezug auf Instrumentenkunde und Hygiene umfassende Anforderungen an alle Beteiligten. Insbesondere ergaben sich aus der Überprüfung durch die Bezirksregierung Arnsberg weitere, umfassende Anforderungen, die alle beteiligten Mitarbeiter herausforderte.
Die jährlich durchzuführenden Mitarbeitergespräche wurden im Jahr 2003 in ihrem Zeitintervall auf zwei Jahre erweitert. Im Jahr 2005 wurden alle im Zweijahreszeitraum zu führenden Mitarbeitergespräche geleistet.
Ab Mitte des Jahres 2003 finden die bisher nur mit den Chefärzten der Abteilungen durchgeführten Steuerungsgespräche zum medizinischen Sachbedarf unter Beteiligung der jeweiligen Stations- und Abteilungsleitungen statt. Dieses stellt sich im Ergebnis als eine sinnvolle Kombination heraus, da in diesem Zusammenhang auch strukturelle und ablauforganisatorische Probleme angesprochen und geklärt werden können und die Stationsleitungen aus ihren Erkenntnissen Abläufe und Materialeinsatz und -verbrauch besser steuern können. Die Gespräche wurden auch im Jahr 2005 kontinuierlich durchgeführt.
Der in den Jahren 2002/2003 erstellte Erhebungsbogen zu pflegerelevanten Nebendiagnosen wurde im Laufe des Jahres 2005 fortgeführt. Dieser Erhebungsbogen wird während des stationären Aufenthaltes des Patienten ausgefüllt und

bei Entlassung dem Arzt zur Unterstützung der abschließenden Kodierung zur Verfügung gestellt. Im Medizin-Controlling stößt das Ergebnis durchaus auf eine positive Bilanz. In regelmäßigen sog. „DRG-Info-Briefen für die Pflege“ erläutern unsere Medizincontroller Inhalte und Veränderungen im DRG- und Kodierungssystem. Sie werden im Intranet der Klinik zur Verfügung gestellt.

Inzwischen wurde auf einer zweiten Station der gleichen Fachabteilung wie im Jahr 2003 eine weitere Pflegesekretärin eingesetzt. Die Unterstützung durch diese Kraft im administrativen Bereich wird von den Pflegenden dankbar angenommen und unterstützt die Arbeitsablauforganisation positiv.

Selbstverständlich ist für uns die Befassung mit allen gesetzlichen Regelungen, die u.a. für den Pflegedienst gelten. In diesem Zusammenhang bietet der Austausch mit allen verantwortlichen Personen unserer Klinik und die Befassung mit entsprechender Fachliteratur eine gute Unterstützung. Ggf. kann der Rechtsanwalt der Klinik hinzugezogen werden.

Der bis hierher zusammengestellte Qualitätsbericht des Pflegedienstes im St.-Marien-Hospital Lünen für das Jahr 2005 erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit, zeugt jedoch von einer hohen Qualität in der Pflege. Damit steht die Klinik sicherlich auf einer guten Position im Wettbewerb mit umliegenden bzw. gleich oder ähnlich strukturierten Krankenhäusern.

Durch die in den Jahren 2003, 2004 und 2005 durchgeführten CLINOTEL-internen Audits wurde den Pflegenden und insgesamt den Mitarbeitern unserer Klinik die Bedeutung von Qualität sehr bewusst. Die Aufregung während des Soll-Ist-Abgleichs im Rahmen der ersten Begehung durch die Auditoren verursachte zum Teil eine gewisse Spannung bis hin zu einer spürbaren Aufgeregtheit, die sich in unterschiedlichsten Reaktionen darstellte. Diese Aufregung hat sich beim zweiten Audit im Jahr 2004 nicht mehr in dieser Deutlichkeit gezeigt. Jedoch befassten sich die Auditoren im Jahr 2005 mit Qualitätsindikatoren, die weiter in die Tiefe der täglichen Arbeit reichten. Weiterhin besteht jedoch bei den bisher nicht direkt beteiligten Pflegenden der Wunsch, dass auch sie in Zukunft in ein Audit einbezogen werden.

Bei allen Bemühungen, den Pflegealltag in qualitativ guten Bahnen zu lenken, bleiben noch viele Wünsche offen.

Das Thema Suchtberatung z.B. gewinnt in der Öffentlichkeit einen immer größeren Stellenwert. Daraus ergibt sich für unsere Klinik eine Intensivierung des Angebotes der anonymen Beratung. Wir sind froh darüber, dass trotz fehlenden Interesses von Seiten der Patienten doch eine Gruppe auch weiterhin bereit war, im Jahr 2005 dieses Angebot aufrecht zu erhalten.

Damit das Zwischenfall- und Beschwerdemanagement weiterhin so gut funktioniert, gilt es noch einige Aspekte zu verbessern. Des Weiteren ist eine Ausdehnung des professionellen Zwischenfall- und Beschwerdemanagements auf alle Abteilungen erstrebenswert. Das Direktorium ist an dieser Stelle gefragt über die Existenz eines Patientenfürsprechers hinaus ein entsprechendes Management zu implementieren. Im Jahr 2005 ist die Implementierung des Zwischenfall- und Beschwerdemanagements von den Pflegenden der Geriatrischen angefordert worden. Auch der Chefarzt der Abteilung wünscht die Einführung.

Im Fall von Unfällen und Verlusten bei Patienten während ihres stationären oder ambulanten Aufenthaltes in unserem Haus ist eine Meldung auf einem entsprechenden Formblatt an die Pflegedienstleitung mit Angaben der Patientendaten, des Datums, der Uhrzeit des Vorfalls, der Beschreibung des Vorfalls und der eingeleiteten Maßnahmen und der Unterschrift der meldenden Pflegekraft weiterzuleiten. Diese zeichnet die Meldung gegen und leitet sie an den Verwaltungsdirektor weiter, der sie ggf. bearbeitet und archiviert. Aus diesen Aufzeichnungen ist geplant, Vorkehrungen für bestimmte, sich wiederholende Vorfälle zu erarbeiten, z.B. Sturz eines Patienten im Sinne einer Sturzprophylaxe. Diese Thematik wird in einem weiteren Schritt nach der Fertigstellung des Dekubitusmanagements bearbeitet.

Die OP-Checkliste wurde durch die Dokumentations-Arbeitsgruppe freigegeben, gedruckt und befindet sich im flächendeckenden Einsatz.

Auch die abschließende Umsetzung des EDV-Dienstplanprogramms „Time Office“ im Jahr 2005 lag der Pflegedirektorin mit ihren Mitarbeitern sehr am Herzen. Wichtig erschien uns jedoch, alle Probleme, die sich im Einsatz dieses Mediums zeigten, vor der Datenüberleitung zum Rechenzentrum und der damit endgültig zusammenhängenden Gehaltsabrechnung zu beheben. Auch waren bei den Stationsleitungen immer wieder Schwellenängste zur elektronischen Datenverarbeitung festzustellen und zu beheben.

Um im Pflegebereich den Anforderungen aus dem Bereich der EDV gewissenhaft abzudecken, wurde im Jahr 2005 aufgrund immer wiederkehrender Probleme im täglichen Handling mit der EDV eine Schnittstelle zwischen der Pflege und der EDV-Abteilung geplant. Sie soll von zwei Pflegekräften besetzt werden und zu Beginn des Jahres 2006 ihre Arbeit aufnehmen.

Einer der Schwerpunkte der Patientenversorgung liegt im schmerztherapeutischen Bereich und wurde im abgelaufenen Jahr durch den Leiter des schmerztherapeutischen Zentrums, Herrn Dr. Lux, über einen „Palliativkurs“ weiter ausgebaut. Dieser Kurs richtete sich zunächst an externe Pflegeeinrichtungen, da aus diesem Bereich eine massive Nachfrage erfolgte. Im Jahr 2005 besuchten zwei Mitarbeiter unserer Klinik diesen Kurs, um die Versorgung dieser Patienten, die in vielen Fachkliniken verteilt liegen, spezieller durchführen zu können.

In die Zukunft geschaut stehen wir sicher alle vor großen Herausforderungen. Der Gesetzgeber wird uns in Bezug auf krankenhausrechtliche Vorgaben mit vielen notwendigen Strukturveränderungen in die Pflicht nehmen. Bereits heute nehmen uns die Vorbereitungen zu DRG, Clinical Pathways, Standardisierung vieler Abläufe etc. voll in Anspruch.

Im Bereich der neugeschaffenen Abteilung „Gelenk- und Rheuma-Chirurgie“ konnte mit allen beteiligten Berufsgruppen vor Aufnahme der Tätigkeit der Operateure bereits ein Behandlungskonzept erstellt werden. Das komplette Konzept steht im Intranet der gesamten Klinik zur Verfügung. Die Patienten bekommen ein „Handout“ überreicht, in dem sie alle Schritte ihres Krankenhausaufenthaltes nachlesen können, was gleichzeitig bedeutet, dass sie die Abläufe auch überprüfen können. Zudem zeigt der Behandlungsstandard klar die Abfolge der einzelnen Maßnahmen im Behandlungsprozess auf. Der leitende Arzt und seine Oberärztin

haben darüber hinaus im Rahmen der Stationsleitungskonferenz aber auch in individuellen Informationen die besonderen Lagerungs- und Mobilisationstechniken vermittelt. Dieser Informationsfluss ist auf Grund der Tatsache wichtig, als dass die Patienten dieser Fachabteilung durchaus in unterschiedlichen Stationen versorgt werden.
Nach der Inbetriebnahme der Ebene B 1 gilt es weiterhin, die finanzielle Förderung des gesamten Umbauvorhabens durch das Land NRW technisch wie auch über die Ablauforganisation und Strukturierung bestimmter Bereiche zu planen und umzusetzen. In allen Bereichen der Patientenversorgung ist Pflege beteiligt.
Profitieren können wir in unserer Klinik auch immer wieder über die vielen Netzwerke, die uns auch der CLINOTEL-Krankenhausverbund zur Verfügung stellt.
In diesem Zusammenhang wird sehr deutlich, dass wir die intra- und interdisziplinären Strukturen in unserem Krankenhaus bearbeiten müssen. Erste Ansätze zum Thema „Kommunikation" sind bereits im innerbetrieblichen Fortbildungsprogramm angeboten und durchgeführt worden. Erstmals fand eine Seminarserie zu diesem Thema statt, an dem verschiedene Berufsgruppen der Klinik beteiligt waren, damit dem eine Arbeit am und für den Patienten in gegenseitiger Wertschätzung und Anerkennung möglich wird.
Die Einarbeitungshilfe für neue Mitarbeiter ist bisher nur auf den Pflegedienst zugeschnitten. Wünschenswert ist die Einbeziehung aller neuen Mitarbeiter in dieses Schriftstück. Zu diesem Zweck liegt dem Verwaltungsdirektor und dem ärztlichen Direktor ein Exemplar mit der Bitte um entsprechende Ergänzung vor.
Die Liste kann sicherlich noch weiter fortgesetzt werden, jedoch zeigt sich, dass jedes Projekt für sich in der Strukturierung, Erarbeitung und Umsetzung eines enormen Aufwandes bedarf, um inhaltlich schlüssig und erfolgssichernd abgewickelt werden zu können.
Getreu dem Motto des CLINOTEL-Verbundes bleibt unser Bestreben:

„Von den Besten lernen – zu den Besten gehören"

9. CHRISTLICHKEIT, ETHIK & SPIRITUALITÄT

CHRISTLICHE DIENSTGEMEINSCHAFT

Die Mitarbeiter des St.-Marien-Hospitals haben einen Dienstvertrag erhalten, in dem in der Präambel Bezug auf die Caritas als Lebens- und Wesensäußerung der katholischen Kirche genommen wird. Grundlage bildet die gegenseitige Treue und Fürsorge zwischen Dienstgeber und Mitarbeiter.
Ein auf die Klinik zugeschnittenes Leitbild existiert bisher noch nicht. Dennoch werden christliche Grundsätze gelebt – nicht zuletzt durch die noch hier lebenden und tätigen Ordensschwestern.

CHRISTLICHE GRUNDHALTUNG IN DER PATIENTENVERSORGUNG

Regelmäßige Gottesdienste, Erteilung der Sakramente nach Bedarf der Patienten, geregelte Besuche durch den ökumenischen Besuchsdienst der Kirchengemeinden

Lünens und der Umgebung unterstreichen diesen Charakter.
Auch der Umgang mit „Tod und Sterben“ und „Persönliche Spiritualität im Arbeitsalltag“ sowie „Sterben ist Leben bis zuletzt“ als Angebot im Rahmen der innerbetrieblichen Fortbildung kennzeichnen die Grundhaltung in der Versorgung der Patienten.
Tritt ein Patient in den Sterbeprozess ein, so wird nach den Möglichkeiten der einzelnen Stationen für eine würdige Umgebung gesorgt. Die Mitarbeiter versuchen die Patienten und Angehörigen durch Zuhören und Gespräch adäquat zu begleiten.
Wollen sich nach dem Tod eines Patienten Angehörige später von dem Verstorbenen verabschieden, steht ein Verabschiedungsraum zur Verfügung, in dem eine würdevolle Aufbahrung möglich ist. Auch in diesem Bereich findet Begleitung durch Pflegende oder Seelsorger statt, damit Angehörige in dieser Situation nicht allein sind.

BESTATTUNG VON FEHLGEBORENEN

TERMIN

Jeder zweite Mittwoch im Monat.

ZIEL

Das Ziel ist sowohl ethisch wie auch psychosozial zu bestimmen:
aus dem ethischen Grundprinzip der Wertschätzung auch des werdenden Lebens, gleich welcher Schwangerschaftswoche, werden alle Feten eines Monats beigesetzt. Damit wird den betroffen Eltern ein Angebot zu ihrer Trauerbewältigung gemacht. Dieses Angebot ergeht an alle Eltern, die im St.-Marien-Hospital zur Behandlung gewesen sind, unabhängig von ihrer Konfession oder Religion; dabei entscheiden die Betroffenen selbst, inwieweit sie dies Angebot wahrnehmen.

VORGEHEN

Auf Initiative der Pflegedirektorin findet seit dem 14. Februar 2001 die Beisetzung aller Fehlgeborenen eines Monats statt: somit begann diese Praxis am St.-Marien-Hospital schon vor der gesetzlichen Verpflichtung zur Beisetzung der Feten durch das Krankenhaus entsprechend dem neuen Bestattungsgesetz NRW vom September 2003 (BStG NRW § 14).

An dieser Praxis sind viele Berufsgruppen beteiligt:

- Der ärztliche Bereich ist verantwortlich für die Information der Mutter bzw. Eltern durch einen Flyer über das Angebot der Trauerfeier zur Beisetzung
- Je nach der Gegebenheit im Einzelfall sind Schwestern, Hebammen und/ oder die Mitarbeiterinnen im ambulanten OP-Zentrum in die Begleitung der Patientinnen eingebunden und achten auf die Information der Patientinnen und darauf, ob diesen zu der fraglichen Zeit ein seelsorgliches

Gespräch angeboten werden soll

- Die Klinikseelsorgerinnen bieten entweder im Rahmen ihrer kursorischen Besuche ein Gespräch an oder werden im Einzelfall eingeschaltet
- Die Feten werden durch einen Hol- und Bringedienst in die Pathologische Praxis am Knappschaftskrankenhaus Dortmund-Brackel zur routinemäßigen pathologischen Untersuchung gebracht. Einmal im Monat werden sie in einem Sammeltransport zur Vorbereitung der Beisetzung wieder ins St.-Marien-Hospital nach Lünen transferiert.
- Hier holt abwechselnd ein Bestattungsunternehmen die Feten ab, sargen sie ein in einen gestifteten Kindersarg, bringen ihn auf den jeweiligen Friedhof zur Beisetzung und gestalten die Friedhofskapelle ansprechend. Aufgrund der schon 2001 begonnenen Bestattungspraxis engagieren sich die Bestattungsunternehmen ehrenamtlich.
- Ebenso arbeiten die Friedhofsgärtner kostenfrei: Grab ausheben und schließen sowie die Grabpflege.
- Die Trauerfeiern mit der anschließenden Beisetzung haben die evangelische Pfarrerin und (während der 2. Jahreshälfte 2005) der katholische Seelsorger durchgeführt. 127 Feten sind im Jahr 2005 beigesetzt worden, 21 Betroffene haben eine Trauerfeier besucht, acht Personen sind aus allgemeinem Interesse zu einer Beisetzung gekommen.

Zusätzlich ist auf Initiative der evangelischen Klinikseelsorgerin ein Gesprächskreis „Nur ein Hauch von Leben“ installiert worden als ein gemeinsames Projekt von Evangelischer Familienbildungsstätte, Krankenhauseselsorge und St.-Marien-Hospital. Er findet 14-tägig abends von 19.30 bis 21.45 Uhr statt. Die Leitung hat Frau Köster, selber Betroffene von Tot- und Fehlgeburt, was sie persönlich verarbeitet hat und gleichzeitig als Krankenschwester in unserer Klinik tätig ist.
Aufgrund der außerordentlich vielen Schnittstellen im Organisationsablauf für die Beisetzung der Fehlgeborenen sind viele Möglichkeiten für Reibungsflächen gegeben. Die verhältnismäßig niedrige Zahl von Teilnehmern an den Trauerfeiern hat stets zur Reflexion der Gründe hierfür geführt.
Aus diesen Gründen hat die Seelsorgerin, Frau Pfarrerin Kress, im Jahr 2005 eine interdisziplinäre Fortbildungsveranstaltung in der gynäkologischen Abteilung angeboten, um die Vorgehensweise wiederholt darzustellen und zu erläutern – vor allem für etliche neue Mitarbeiter, die im Laufe der letzten zwei Jahre an die Klinik gekommen sind.
Es erschien außerdem sinnvoll, in diesem Jahr wieder die am Verfahren Beteiligten zu einem Reflexionsgespräch einzuladen, um gemeinsam Probleme zu erörtern und nach einer Lösung zu suchen. Hierbei wurde ein Vorschlag aus der Fortbildungsveranstaltung aufgegriffen und beschlossen: die Betroffenen werden gesondert von einer Trauerfeier schriftlich eingeladen. In einem Schreiben der Krankenhausseelsorge werden die Eltern auf ihre Verlustsituation hin einfühlsam angesprochen, es wird ihnen das allgemeine Angebot der Trauerfeier erläutert, Termin und Ort nochmals bekannt gegeben.

ERGEBNIS

Die Trauerfeiern zur Beisetzung der Fehlgeborenen aus dem St.-Marien-Hospital haben sich in den vergangenen fünf Jahren als ein festes Angebot etabliert. Jedoch bleibt es weiterhin notwendig, die laufende Praxis zu überprüfen, auftretende Veränderungen, Reibungspunkte oder Mängel zu benennen und eine Optimierung der Praxis in einem fortlaufenden Prozess zu bewirken, um einerseits dem Gesetz Genüge zu tun und andererseits den betroffenen Eltern ein angemessenes Angebot zu ihrer Trauerverarbeitung zu machen.

EINRICHTUNG EINER „BABYKLAPPE“

Zu diesem Thema wurden intensive vorbereitende Gespräche geführt. Nach ausführlicher Diskussion des Projektes im Direktorium wurde beschlossen, nach Rücksprache mit dem Trägergremium auf die Babyklappe zu verzichten und den werdenden Müttern grundsätzlich eine würdevolle Entbindung zu ermöglichen, so dass dieses Projekt eingestellt wurde.

Qualitätsbericht 2005

St.-Marien-Hospital Lünen

MEDIZIN

VII. MEDIZINISCHE FACHABTEILUNGEN, INSTITUTIONEN UND FUNKTIONSBEREICHE

VII-I Chirurgischen Klinik 1 - Allgemeinchirurgie 144
VII-II Klinik für Anästhesiologie und operative Intensivmedizin 163
VII-III Apotheke 193
VII-IV Gefäßchirurgsche Klinik 211
VII-V Geriatrische Klinik, Physikalische Therapie, Rheumatologie sowie Frührehabilitation 228
VII-VI Geburtshilflich-gynäkologische Klinik 241
VII-VII Medizinische Klinik I 266
VII-VIII Medizinische Klinik II 283
VII-IX Neurochirurgische Klinik 306
VII-X Abteilung für radiologische Diagnostik 331
VII-XI Schmerztherapeutisches Zentrum 344
VII-XII Strahlentherapeutische Klinik 364
VII-XIII Unfallchirurgische Klinik 379
VII-XIV Klinik für orthopädische Chirurgie 404
VII-XV Urologische Klinik 423
VII-XVI Neurologische Klinik 439

VII-I CHIRURGISCHEN KLINIK 1 - ALLGEMEINCHIRURGIE

1. Vorwort 145
2. Verfasser 146
3. Basisinformationen 146
3.1. Inhalte, Auftrag & Ziele 146
3.2. Organisationsstrukturen, Leitung & Zuständigkeiten 146
3.3. Personal 148
3.3.1. Stellenplan & Qualifikationen 148
3.3.2. Weiterbildungsermächtigung(en) 149
3.3.3. Traineeprogramme, Praktika & Hospitationen 149
3.3.4. Lehre, Forschung & Entwicklung 149
3.4. Leistungsspektrum, Schwerpunkte & Serviceangebote 150
3.5. Planbetten 154
4. Technische Ausstattung 154
5. Qualitätssicherung 155
5.1. Strukturen & Organisation 156
5.2. Methoden & definierte Verfahren 156
5.3. Prozesse 156
5.3.1. Patientenversorgung 158
5.3.2. Mitarbeiter 158
5.3.3. Sicherheit & Umwelt 159
5.3.4. Datenschutz & Datensicherheit 159
5.3.5. Organisation, Führen & Leiten 159
5.3.6. Externe Beziehungen & Netzwerke 159
5.3.7. Externe Qualitätssicherung, Vergleiche & Benchmarking 160
5.3.8. Controlling, Investitions- & Finanzmanagement 162
5.3.9. Einkaufsmanagement & Logistik 162
6. Weitergehende Informationen 162
7. Schlüsselergebnisse 162
8. Zusammenfassung & Ausblick 162

1. VORWORT

Wie kaum ein anderes medizinisches Fachgebiet hat sich die Allgemeinchirurgie als die eigentliche Basis und der Urkern der operativen Medizin dem Wandel der Zeit anpassen und den Strukturänderungen der Zeit mit der Einrichtung von weiteren Subspezialitäten stellen müssen. In Krankenhäusern mit Maximal- und Schwerpunktversorgung ist das ursprüngliche Fachgebiet Chirurgie in verschiedene chirurgische Subdisziplinen aufgeteilt. In diesem Spektrum erfüllt die Allgemeinchirurgie die Versorgung der nicht subspezifisch zuzuordnenden Aufgaben. Einen wesentlichen Bestandteil der allgemeinchirurgischen Leistungen umfaßt die Chirurgie des Abdomens. Mit der Etablierung Viszeralchirurgie wurde 1995 auch dieser Bereich als Subspezialität anerkannt. In der Praxis wird die Viszeralchirurgie in Verbindung mit der Allgemeinchirurgie geführt.

Neben diesen strukturellen Veränderungen hat die Einführung der minimal invasiven Operationstechniken in kurzer Zeit die Chirurgie auf breitester Front verändert. Mit Einführung der laparoskopischen Operationstechnik hat sich für einige Patienten die Behandlungszeit im Krankenhaus um die Hälfte und mehr verkürzt. (Cholezystektomie, Appendektomie, Leistenhernie). Dadurch wurden Bettenkapazitäten frei, die nicht durch höhere Fallzahlen ausgeglichen werden konnten, da die kürzere Liegezeit zwar durch schonendere Operationsmethoden aber nicht durch schnellere Operationen erzielt werden. Die laparoskopischen Operationen erfordern bei größeren Standardoperationen am Kolon oder am Magen sogar sehr viel mehr Zeit als in der konventionellen offenen Chirurgie. Zwangsläufig musste das nicht zu erweiternde Nadelöhr der begrenzten Op.-Kapazität zu einem Rückgang der Belegungsquote bei gleichbleibender Fallzahl führen. Trotz dieser Schwierigkeiten hat sich die Allgemeinchirurgie die Resourcen ihres Fachgebietes mit dem Schwerpunkt Viszeralchirurgie in ihren Anforderungen und Schwerpunkten neu geordnet und nach den Möglichkeiten der Klinik neu gestaltet und umgesetzt.

Der Qualitätsbericht der Allgemeinchirurgie dokumentiert die erbrachte medizinische Leistung. Er schafft die Voraussetzung, sowohl klinikintern kontinuierlich die Medizin auf die bestmögliche Diagnostik und Therapie auszurichten als auch extern für Ärzte und Patienten die Ergebnisse transparent zu machen. Es ist unser Ziel, durch interne und externe Integration der chirurgischen Leistungen für den Patienten das Qualitätsniveau zu erhöhen, indem auch unter Beachtung der notwendigen wirtschaftlichen Interessen die Struktur-, Prozeß,- Behandlungs- und Ergebnisqualität verbessert werden. Mit dem Qualitätsbericht stellt sich die Chirurgische Klinik dem Qualitätswettbewerb, mit dem Ziel durch optimierte Leistungen dem Patienten zu nützen.

2. VERFASSER

Priv.- Doz Dr. med G. Görtz

3. BASISINFORMATIONEN

3.1 INHALTE, AUFTRAG & ZIELE

Die Chirurgische Klinik I verfolgt das Ziel leistungs- und qualitätsorientiert eine qualifizierte chirurgische Versorgung zum größtmöglichen Nutzen der Patienten anzubieten.

3.2 ORGANISATIONSSTRUKTUREN, LEITUNG & ZUSTÄNDIGKEITEN

Stationen:

Die Versorgung der stationären Patienten erfolgt in durchschnittlich 40 belegten Betten die z.T. auf einer interdisziplinär belegten Station verteilt sind.

Die ärztliche Betreuung ist jeweils zur Hälfte zwei Stationsärzten und jeweils einem Oberarzt zugeordnet.

Ein Assistent wird den personell infolge Urlaub, Dienstfrei oder Krankheit unterbesetzten Stationen als Libero zugeordnet.

Die Klinikbesprechung beginnt täglich um 7.45 Uhr im Arztzimmer der Station B8.

Visite:

Täglich werden zwei ärztliche Visiten durchgeführt. Eine Frühvisite vor der Klinikbesprechung und eine Nachmittagsvisite 15.00-16.00 Uhr

Die Oberarztvisite wird mindestens zweimal wöchentlich in Ergänzung zu den Visiten vorgenommen.

Die Chefarztvisite findet montags von 08.00 bis 10.00 Uhr statt.

Die Visiten werden unter Beteiligung einer Stationsschwester durchgeführt.

Op.-Tätigkeit:

Für die Arbeit in den maximal zwei OP-Sälen stehen durchschnittlich je zwei Ärzte zur Verfügung.

Jede Operation findet in Gegenwart eines Facharztes statt.

Ambulanz und Station:

Ein Assistent ist täglich verantwortlich für Vorkommnisse im Verlaufe des Tages, Abschluß der Dokumentation und Qualitätssicherung, Entlassungsbriefe, Verbände, Infusionspläne für Verlegungen von der Intensivstation, Ambulanz, Aufnahme, Neuaufnahmen, prä- und poststationäre Behandlung, Nachsorge, Beratung und Konsiliartätigkeit in Verbindung mit einem Oberarzt zur Entscheidung zuständig.

Das Aufnahmeverfahren ist strukturiert (s. Folie 2,3,4,5.ppt).

Spezielle Beratungen von Patienten zu besonderen Schwerpunkten der Klinik werden im Rahmen der Ambulanztätigkeit vorgenommen, gastroenterologische Onkologie, Refluxchirurgie, Endokrinologie, Hernienchirurgie, Weichteilchirurgie bei Infektionen (Dekubitus, Steißbeinfistel, Phlegmonen, Pyodermie), Kolostomie, Minimal invasive Chirurgie.

Beratungen der Angehörigen von stationären Patienten ist täglich von 08.00 bis 08.30 und von 15.30 bis 16.00 Uhr festgesetzt.

Intensivstation:

Chefarzt und zwei Oberärzte betreuen die Patienten auf der Intensivstation.

Klinikbesprechungen erfolgen zweimal täglich, die erste um 07.50 Uhr mit allen ärzlichen Mitarbeitern unter der Leitung des Chefarztes, Besprechungsinhalte sind Vorkomnisse des Bereitschaftsdienstes, Besonderheiten von stationären Patienten, außerplanmäge Aufnahmen, Ergebnisse der Histologiebefunde, Ergänzungen oder Korrekturen des Op.-Programmes.

Um 15.30 erfolgt eine zweite Besprechung des Ambulanzarztes mit dem Chefarzt oder einem Oberarzt über Besonderheiten des Tages und Vorstellung der Neuaufnahmen. An dieser Besprechung nehmen weitere Ärzte teil, wenn das Op.-Programm abgeschlossen werden konnte.

Das Op.-Programm für den nächsten Tag wird bis spätestens 14.00 Uhr vom Chefarzt zusammengestellt und schriftlich dem Op-Koodinator und den Außenstellen zugeleitet.

Für die Zeitkalkulation werden die durchschnittlichen statistischen SN-Zeiten der jeweiligen Operationstypen eingesetzt. In der Allgemeinchirurgie wird eine tägliche operative Zeit (Summe der SN-Zeiten) von 300 Minuten kalkuliert.

Die Realisierung dieser Vorgaben hängt von vielen Faktoren ab: Schweregrad des Falles, technischer Aufwand für die Operation Röntgen, minimal invasive Technik, Neuromonitroring, besonderer Lagerungsaufwand, Umlagerung, Op.-Team, etc..

Am Vortage läßt sich nicht einschätzen, wie und in welchem Ausmaß die Dynamik eines Op-Programms beeinflußt wird und ein Programm zügig und wie geplant ablaufen wird. Im Laufe der Programmabwicklung stellt sich heraus, wie und ob das geplante Programm durchgeführt werden kann. Das geplante Programm muß häufig aus verschiedenen Gründen ergänzt oder geändert werden. Änderungen (Ergänzungen, Umstellungen und Absetzungen erfolgen durch den Chefarzt in Absprache mit dem Op.-koordinator).

Häufigste Gründe sind: Aufnahme oder Übernahme von Patienten mit dringlichen Operationsindikationen, Überschreiten der kalkulierten Zeit durch nicht vorhersehbare Erschwernisse: Komplexbefunde, zusätzliche Befunde, Komplikationen.

Das bis 14.00 Uhr aufgestellte Elektivprogramm für den nächsten Tag muß häufig am selben Tag nochmals korrigiert werden.

Häufigste Gründe: ausgefallene Operationen vom laufenden Tage, Ausfall von Patienten mit unvorhergesehenen Risikofaktoren, noch ungenügender Diagnostik oder weiter abzuklärende Untersuchungsbefunde nach der Aufnahme.

Die Änderung dieses Programms erfolgt zu jedem Zeitpunkt, wenn entsprechende Besonderheiten bekannt werden.

Die Änderungen werden dem Koordinator unverzüglich übermittelt und das geänderte Programm nochmals entsprechend ausgedruckt, wenn die Änderung am Vortage erfolgt, um der Anästhesie und dem OP-Personal eine angemessene Vorbereitung zu erleichtern.

Zuständigkeiten:

Qualitätssicherung Kolonchirurgie: Dr. Manetti

Gerätebeauftragter: OA Dr. Fajta

Transfusionsbeauftragter: OA Dr. Reckels

DRG- Beauftragter: Dr. Vassiliadis und erster Vertreter Dr .Luna

Koordination der ambulanten Operationen: Dr. Fajta

Koordination der Herzschrittmacherimplantation und Implantation von venösen Portsystemen: OA Dr. Fajta

Fortbildungsbeauftragter: Chefarzt, erster Oberarzt

Koordination der Studentenausbildung: Dr. Luna

Mitarbeit in Kommissionen:

Arbeitsgruppe Zentrale Aufnahme: OA Dr. Fajta

Arbeitsgruppe OP-Organisation: CA Priv.- Doz. Dr. Görtz

DRG Kommission: Dr. Vassiliadis

3.3 PERSONAL

Ärztlicher Stellenplan 2005 Chirurgische Klinik I

Soll		8,5 Stellen	
	Von	bis	Monate
Görtz	01.01.2005	31.12.2005	12
Fajta	01.01.2005	31.12.2005	12
Reckels	01.01.2005	31.12.2005	12
Luna	01.01.2005	31.12.2005	12
Vassiliadis	01.01.2005	31.12.2005	12
Lechelt	01.01.2005	16.05.2005	4,5x0,5
Manetti	01.01.2005	31.12.2005	12
Will	01.07.2005	31.12.2005	6
Taut	01.10.2005	31.12.2005	3
Riedl	01.01.2005	01.10.2005	10
Wolf	01.06.2005	30.09.2005	4
Ist		8,29 Stellen	

3.3.1. STELLENPLAN,& QUALIFIKATIONEN

Von den 8,5 Planstellen waren im Jahresdurchschnitt 8,29 Stellen besetzt.

Zum Stichtag 31.12.2005 waren acht Planstellen besetzt.

Ein Chefarzt Facharzt für Chirurgie, Gefäß- und Viszeralchirurgie

Ein Oberarzt Facharzt für Chirurgie, Unfallchirurgie und Rettungswesen

Ein Oberarzt Facharzt für Chirurgie und Unfallchirurgie

Eine Assistentin Facharztin für Chirurgie

Zwei Assistenten in der chirurgischen Ausbildung 3. Jahr

Eine Assistentin in der chirurgischen Ausbildung 3. Jahr

Ein Assistent in der chirurgischen Ausbildung 1. Jahr

Insgesamt waren in 2005 zehn Ärzte beschäftigt, davon sechs kontinuierlich das

ganze Jahr, vier Ärzte sind weniger als ein Jahr beschäftigt gewesen. Zwei Ärzte sind im Laufe des Jahres 2004 ausgeschieden, zwei Stellen sind neu besetzt worden. Durch die geringere Fluktuation konnte die Effektivität und Qualität der Krankenversorgung verbessert werden.

3.3.2. WEITERBILDUNGSERMÄCHTIGUNG

Der Chefarzt besitzt die Weiterbildungsermächtigung für die Chirurgie in Verbindung mit dem Abteilungsleiter für Unfallchirurgie. Die Weiterbildung zum Facharzt für Chirurgie ist durch ein Rotationsprogramm gewährleistet.
Die Weiterbildungsermächtigung für die Viszeralchirurgie ist beantragt.

3.3.3. TRAINEEPROGRAMME, PRAKTIKA & HOSPITATIONEN

Folgende Kongresse und Seminare wurden von mindestens einem Mitarbeiter der Abteilung besucht:
14.01.-15.01.2005 Elfte Tagung des Konventes der leitenden Krankenhauschirurgen Hamburg
22.01.2005 Erstes Treffen der Koloproktologen Rhein Ruhr e.V. Essen
06.04.-07.04.2005 122. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie in München
27.05.-28.05.2005 Chemotherapieforum in Potsdam
Teupitz 17.09.-18.09.2004 Zehnte Teupitzer Gespräche
09.11.2005 BDC Weiterbildungsseminar Hernien in Dortmund
15.10.-16.10.2005 Prignitz Symposium Pankreatitis
26.08.-27.08.2005 Chirurgischer Workshop Vogtland Symposium prophylaktische Operationen in Plauen

3.3.4. LEHRE, FORSCHUNG UND ENTWICKLUNG

MITGLIEDSCHAFTEN

Deutsche Gesellschaft für Chirurgie
Arbeitsgemeinschaft Endokrinologie der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie
Berufsverband der Deutschen Chirurgen
Berliner Chirurgische Gesellschaft
Vereinigung der Niederrheinisch-Westfälischen Chirurgen
Konvent der leitenden Krankenhauschirurgen Deutschlands
Vereinigung der Koloproktologen an Rhein und Ruhr e.V
Ehrenmitglied der Proktologischen Gesellschaft Chiles
Korrespondierendes Mitglied der Chilenischen Gesellschaft für Chirurgie

STUDIEN

Untersuchungen zur Wertigkeit der intraoperativen Cholangiographie bei laparoskopischer Cholezystektomie; erste Doktorandin

PUBLIKATIONEN, VORTRÄGE

- Laparoskopisches Operieren, Hernien Weiterbildungsseminar des Berufsverbandes der Deutschen Chirurgen Dortmund 07.11.2005
- Die operative Therapie des Ovarialkarzinoms aus Sicht des Chirurgen
- Symposium der Gynäkologischen Klinik: Aktuelles zur Diagnostik und Therapie des Ovarialkarzinoms Lünen 21.05.2005
- Schilddrüsenresektion beim kalten Knoten - eine gerechtfertigte prophylaktische Indikation? Vogtland Symposium für klinische Chirurgie 26.Workshop
- Prophylaktische Operationen Plauen 26.08.2005
- Lehrauftrag für Chirurgie an der Charité Humboldt Universität in Berlin
- Vorlesung für Examenskandidaten: Diagnostik und Therapie von Schilddrüsenerkrankungen
- Bedside Teaching
- Seminar über Qualitätssicherung in der Chirurgie
- Mitglied der Gutachterkommission für Ärztliche Haftpflichtfragen der Norddeutschen Ärztekammern in Hannover und der Ärztekammer Westfalen Lippe in Münster

3.4. LEISTUNGSSPEKTRUM, SCHWERPUNKTE & SERVICEANGEBOTE

1.593 Patienten wurden stationär behandelt.
Das Leistungsprofil der Abteilung umfasst im Jahr 2005 1.893 Operationen.
1.520 Operationen wurden stationär bei Patienten der Abteilung, 254 konsiliarisch und 119 Operationen ambulant durchgeführt.
Die TOP–10–DRG Prozeduren 2005 umfassen 956 Eingriffe und haben somit einen Anteil von zweidrittel aller operativen stationären Eingriffe.

AUFSTELLUNG DER HÄUFIGSTEN DRG FÜR DIE ABTEILUNG

Schlüssel	Bezeichnung	Fälle
H14	Laparoskopische Cholezystektomie	221
K12	Eingriffe an Schilddrüse, Nebenschilddrüse und Ductus thyreoglossus außer bei bösartiger Neubildung, ohne äußerst schwere oder schwere CC	178
G24	Eingriffe bei Bauchwandhernien, Nabelhernien und anderen Hernien, Alter > 0 Jahre oder beidseitige Eingriffe bei Leisten- und Schenkelhernien, Alter > 0 Jahre und < 56 Jahre oder Eingriffe bei Leisten- und Schenkelhernien, Alter > 55 Jahre	151
G18	Eingriffe an Dünn- und Dickdarm	88
G23	Appendektomie außer bei Peritonitis ohne äußerst schwere oder schwere CC	75
G25	Eingriffe bei Leisten und Schenkelhernien, Alter > 0 Jahre oder Eingriffe bei Hernien, Alter < 1 Jahr	58
G21	Adhäsiolyse am Peritoneum, Alter > 3 Jahre, ohne äußerst schwere oder schwere CC oder andere Eingriffe an Darm oder Enterostoma ohne äußerst schwere CC	54
G26	Andere Eingriffe am Anus	49
J11	Andere Eingriffe an Haut, Unterhaut und Mamma	43
G67	Ösophagitis, Gastroenteritis und verschiedene Erkrankungen der Verdauungsorgane	39
G12	Andere OR-Prozeduren an den Verdauungsorganen	33
G02	Eingriffe an Dünn- und Dickdarm mit komplexem Eingriff oder komplizierender Diagnose	26
G22	Appendektomie bei Peritonitis ohne äußerst schwere oder schwere CC oder außer bei Peritonitis mit äußerst schweren oder schweren CC	24
G66	Abdominalschmerz oder mesenteriale Lymphadenitis	24
J64	Infektion oder Entzündung der Haut und Unterhaut	24
G08	Komplexe Rekonstruktion der Bauchwand	23
G09	Beidseitige Eingriffe bei Leisten und Schenkelhernien, Alter > 55 Jahre	20
J09	Eingriffe bei Sinus pilonidalis und perianal	20
G65	Obstruktion des Verdauungstraktes	19
H13	Cholezystektomie	18
Gesamt		**1.187**

AUFSTELLUNG DER HÄUFIGSTEN HAUPTDIAGNOSEN (ICD) FÜR DIE ABTEILUNG

Schlüssel	Bezeichnung	Fälle
K80	Cholelithiasis	228
K40	Hernia inguinalis	186
E04	Sonstige nichttoxische Struma	174
K35	Akute Appendizitis	95
C18	Bösartige Neubildung des Kolons	49
K43	Hernia ventralis	46
K56	Paralytischer Ileus und mechanischer Ileus ohne Hernie	42
R10	Bauch- und Beckenschmerzen	41
L02	Hautabszess, Furunkel und Karbunkel	34
K66	Sonstige Krankheiten des Peritoneums	33
C20	Bösartige Neubildung des Rektums	28
I84	Hämorrhoiden	28
K57	Divertikulose des Darmes	28
K81	Cholezystitis	24
K42	Hernia umbilicalis	22
L05	Pilonidalzyste	22
K61	Abszess in der Anal- und Rektalregion	20
E05	Hyperthyreose [Thyreotoxikose]	17
L03	Phlegmone	14
A09	Diarrhoe und Gastroenteritis, vermutlich infektiösen Ursprungs	12
Gesamt		**1.143**

AUFSTELLUNG DER HÄUFIGSTEN OPERATIONEN BZW. EINGRIFFE (OPS) FÜR DIE ABTEILUNG

Schlüssel	Bezeichnung	Fälle
5-511	Cholezystektomie	268
5-530	Verschluß einer Hernia inguinalis	195
5-062	Andere partielle Schilddrüsenresektion	164
5-469	Andere Operationen am Darm	162
5-470	Appendektomie	113
5-455	Partielle Resektion des Dickdarmes	91
8-176	Therapeutische Spülung des Bauchraumes bei liegender Drainage und temporärem Bauchdeckenverschluß	52
5-536	Verschluß einer Narbenhernie	47
5-534	Verschluß einer Hernia umbilicalis	41
5-541	Laparotomie und Eröffnung des Retroperitoneums	33
5-063	Thyreoidektomie	30

Schlüssel	Bezeichnung	Fälle
5-452	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes	30
5-493	Operative Behandlung von Hämorrhoiden	30
5-069	Andere Operationen an Schilddrüse und Nebenschilddrüsen	26
5-893	Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] und Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	26
5-490	Inzision und Exzision von Gewebe der Perianalregion	23
5-482	Peranale lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Rektums	20
5-897	Exzision und Rekonstruktion eines Sinus pilonidalis	20
5-061	Hemithyreoidektomie	19
5-454	Resektion des Dünndarmes	19
Gesamt		**1.409**

AUFSTELLUNG DER HÄUFIGSTEN AMBULANTEN OPERATIONEN BZW. EINGRIFFE FÜR DIE ABTEILUNG (EBM-EBM 2000PLUS)

Schlüssel	Bezeichnung	Fälle
2821	Port, Implantation	17
2105	Exzision, tiefliegendes Körpergewebe	12
2012	Fremdkörperentfernung, tiefsitzend	5
2816	Schrittmacher, Aggregatwechsel	4
2145	Eröffnung, tiefliegender Abszeß	1
2620	Leisten-/Schenkelbruch	1
2750	Hämorrhoidalknoten, Exzision, segmentär	1
2815	Schrittmacher, Erstimplantation Schritt	1
2817	Zweikammerschrittmacher, 2. Elektrode	1
31212	Schrittmacher, Kategorie L2	52
31211	Schrittmacher, Kategorie L1	9
31214	Schrittmacher, Kategorie L4	7
31101	Dermatochirurg. Eingriff Kategorie A1	2
31154	Visceralchirurgischer Eingriff, Kategororie F4	1
31174	Proktologischer Eingriff, Kategorie H4	1
31203	Eingriff am Gefässystem, Kategorie K3	1
Gesamt		**116**

Schwerpunkte bilden die Operationen an der Gallenblase, Schilddrüse, Leistenhernie, Eingriffe am Dickdarm und Bauchwandhernien.
Diese Prozeduren finden Ihre Korrelation in der Häufigkeit und Rangfolge der TOP-Diagnosen, die mit 1.226 Fällen 57 % aller Patienten umfassen.
Die Aufstellung der TOP-Operationen umfasst 915 Eingriffe. Aufgrund der Auswahl des OPS Codes in der vierstelligen Ebene ergibt sich in der Reihenfolge der Eingriffe ein verzerrtes Bild. Fasst man z.B. die Eingriffe an der Schilddrüse zusammen so rücken diese Behandlungen an die zweite Stelle.
Das ambulante Operationsspektrum mit insgesamt 119 Eingriffen wird durch Port- und Schrittmachereingriffe angeführt.
Als Serviceleistung wurden für die kardiologische Klinik 2005 216 Herzschrittmacheroperationen aller Systeme durchgeführt. Hinzu kommen jährlich 208 venöse Portimplantationen für die Chemotherapie für die Mediziniche Klinik I und II, für die Gynäkologische Klinik und Geriatrie.

3.5. PLANBETTEN

46 Betten stehen innerhalb einer chirurgischen Station zur Verfügung, 13 auf einer interdisziplinär belegten Station, die übrigen Betten können bei freier Kapazität in der gesamten Klinik belegt werden.

4. TECHNISCHE AUSSTATTUNG

Die Zusammenstellung besonderer technischer Ausrüstung ist wie folgt zusammengefasst:

	Vorhanden		24 h-Verfügbar	
Bezeichnung	**Ja**	**Nein**	**Ja**	**Nein**
Computertomographie (CT)	x		x	
Magnetresonanztomographie (MRT)	x		x	
Herzkatheterlabor	x		x	
Szintigraphie	x			x
Positronemissionstomographie (PET)		x		x
Elektroenzephalogramm (EEG)	x			x
Angiographie	x		x	
Schlaflabor		x		x

Im Operationsbereich ist die Abteilung mit hochwertigen Geräten für die optimale Durchführung verschiedenster Eingriffe ausgestattet. Die routinemäßige Röntgenuntersuchung der Gallenwege während einer laparoskopischen Cholezystektomie ermöglicht mit höherer Sicherheit besondere krankhafte Befunde an den Gallenwegen und anatomische Varinten des Gallenwegssystem aufzudecken und diese zu schonen.
Mit der Cholangioskopie ist es möglich, die Veränderungen zu beseitigen (z.B. kleine Gallengangssteine).

Mit dem Ultraschallskalpell ist blutarmes Operieren bei größeren Baucheingriffen möglich, dadurch können Bluttransfusionen eingespart werden.
Das Neuromonitoring der Stimmbandnerven hilft bei komplizierten Schilddrüsenoperationen den Nervenverlauf zu identifizieren und das Risiko von Nervenschäden zu verringern.
Die transanale endoskopische Mikrochirurgie ermöglicht die Behandlung von größeren, gutartigen Wucherungen und von sogenannten Frühkarzinomen im Mastdarm. Dadurch kann die normale Stuhlentleerung erhalten werden.
Im Medienzentrum kann sich der Patient und jeder Arzt Videoaufzeichnungen von laparoskopischen Operationen als Ergänzung zur Aufklärung an eigenen Filmbeispielen oder nach der Operation den eigenen Befund ansehen. Die vielfach durchgeführten Fotodokumentationen stehen ebenfalls zur Ansicht zur Verfügung.
Die Ultraschalluntersuchung gehört zum Standard der prä- und postoperativen Diagnostik und Befundkontrolle bei vielen Bauch- und Schilddrüsenoperationen.
Die Digitaltelefone ermöglichen eine schnelle Erreichbarkeit. Die PC sind mit moderner Software für die Erstellung und Dokumentation der elektronischen Patientenakte ausgestattet. Über das Intranet besteht die Möglichkeit Informationen der Klinik, wie Hygieneplan, Patientenbelegung, Veranstaltungen, zu bekommen.
Ein Internetzugang besteht nur im zentralen Bibliotheksbereich.

5. QUALITÄTSSICHERUNG

Qualitätssicherung ist heute nicht mehr als individuelle interne Maßnahme ausreichend. Externe Qualitätskontrollen ermöglichen die objektive Erfassung von Daten nach festgelegten Diagnose- und Therapierichtlinien. Auf diese Weise wird die Vergleichbarkeit von Behandlungsergebnissen überregional und international möglich. Seit 1991 erfolgt die Qualitätssicherung für die Leistenhernie und Cholezystektomie durch die Ärztekammer Westfalen-Lippe. Diese Qualitätskontrolle ist mit Beginn des Jahres 2002 als bundesweite Qualitätssicherung von der Bundesgeschäftsstelle für Qualitätssicherung übernommen worden. Gleichzeitig wurde die Qualitätssicherung auf die Appendektomie und Schrittmacher-Implantation ausgedehnt. Von Anfang an haben wir uns dieser zunächst freiwillig durchgeführten Qualitätssicherung angeschlossen.
Inzwischen ist die Qualitätssicherung eine gesetzliche Pflicht.
Im onkologischen Bereich gibt es zur Zeit nur wenige übergeordnete, flächendeckende Qualitätskontrollen. Vor drei Jahren begann die Erfassung der Patienten mit kolorektalen Karzinomen. Die Qualitätssicherung für das Kolorektale Karzinom wird von der Arbeitsgemeinschaft für Qualitätssicherung der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie vorgenommen. Diese Patientengruppe hat in unserer Klinik eine zahlenmäßig relevante Bedeutung, so dass wir uns frühzeitig auch dieser freiwilligen Qualitätskontrolle angeschlossen haben.

Vergleiche mit anderen Kliniken ermöglichen die ständige Kontrolle der eigenen Ergebnisqualität und Aufdeckung von Verbesserungspotentialen. Am Beispiel der Leistenhernien-Operationen und der Cholezystektomie wird dies im folgenden verdeutlicht:

5.1. STRUKTUREN & ORGANISATION

Das Qualitätsmanagement ist eine gemeinsame Aufgabe aller Ärzte. Die Einzelprojekte sind jeweils einem Arzt zugeordnet. Dieser ist für die lückenlose Erfassung der Daten in seinem Projektbereich verantwortlich.
Erfassung und Dokumentation von Infektionen erfolgt durch jeden Stationsarzt. Die Resistenzstatistik der mikrobiologischen Befunde wird halbjährlich analysiert und in Abhängigkeit von Resistenzverschiebungen die Antibiotikatherapie und Prophylaxe bei bakteriell kontaminierten Eingriffen geändert und verbindlich festgelegt.
Die Dokumentation der externen Qualitätskontrolle erfolgt durch den Operateur unmittelbar nach Abschluss der Operation, die Abschlussdokumentation bei der Entlassung durch den Stationsarzt.
Die Ergebniskontrolle wird bei den externen Qualitätssicherungsprojekten anhand der Auswertungen der BQS in der Klinik vorgestellt und Verbesserungen für die Zukunft erarbeitet.
Ziel der internen und externen Qualitätskontrolle ist eine hohe Ergebnisqualität zu erreichen.
Nach Auswertung und Beurteilung der Ergebnisse werden diese in der Festlegung interner Behandlungsleitlinien und Standardisierung von Verfahrensabläufen berücksichtigt.
Neue Behandlungsverfahren und neue Innovationen im Fachgebiet müssen beachtet und ggf. rasch umgesetzt werden.
Interdisziplinäre Abstimmungen von Behandlungsverfahren und Umsetzungen interdisziplinärer Organisationsabläufe werden in gemeinsamen Fachgesprächen festgelegt.

5.2. METHODEN & DEFINIERTE VERFAHREN

Keine Angaben für das Berichtsjahr.

5.3 PROZESSE

Die Diagnostik und chirurgische Therapie von Schilddrüsenerkrankungen ist ein herausragendes Beispiel der integrierten Patienbetreuung an unserer Klinik. Jedes Jahr werden etwa 220 Patienten an der Schilddrüse operiert (Folie 8.ppt). In engem Kontakt mit dem niedergelassenen Arzt, der Inneren Medizin und der Nuklearmedizin werden alle erforderlichen diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten abgestimmt und eingesetzt. Das chirurgische Vorgehen ist standardisiert und die differenterialtherapeutischen Wege individuell an Behandlungspfaden zu verfolgen. Nach jeder chirurgischen Behandlung erhält

jeder Patient eine Broschüre mit einem Schilddrüsenpass, der eine weitere sichere und regelmäßige Kontrolle postoperativ gewährleisten soll. Die postoperative weitere Kontrolle und Therapie von Schilddrüsenkarzinomen ist in einem Algorithmus für Arzt und Patienten standardisiert (s.Folie 16.ppt).

Zur Vermeidung und Kontrolle von Nervenschäden am Stimmbandnerven steht bei schwierigen Schilddrüsenoperationen oder Wiederholungseingriffen an der Schilddrüse seit 2001 ein System zum intraoperativen elektromyographischen Monitoring des Stimmbandnerven zur Verfügung. Das langstreckige Darstellen der Nerven bei Schilddrüsenoperationen wird durch das schonendere Identifizieren des Nerven mittels der elektromyographischen Kontrolle ersetzt (s.Folie 17.ppt).

Die adjuvante Radiojodtherapie wird nach Thyreoidektomie bei differenzierten Schilddrüsenkarzinomen in der Abteilung für Nuklearmedizin vorgenommen.

Die Unterrichtung von angehenden Ärzten über Schilddrüsenerkrankungen gehört zum akademischen Lehrauftrag von Priv.- Doz. Dr. Görtz an der Humboldt Universität Berlin.

Standardisierte Diagnostik und Therapie von gastrointestinalen Erkrankungen.

Die Allgemeinchirurgie ist die erste Anlaufstelle für Patienten mit soliden Tumoren. Die onkologische chirurgische Kompetenz beinhaltet Umsetzung der adäquaten Resektionsverfahren mit dem Ziel der kurativen radikalen Therapie durch Tumorentfernung, aber auch die Anwendung palliativer Operationsmaßnahmen bei inkurablen Tumoren, um durch den Tumor eingetretene Komplikationen wie drohender Darmverschluss oder Blutungen zu beheben. Kurative und palliative Tumorchirurgie berücksichtigt auch die Wiederherstellung und Aufrechterhaltung einer lebenswerten Lebensqualität. Onkologische Therapieentscheidungen werden interdisziplinär getroffen. In den interdisziplinären Dialog zur Festlegung multimodaler Tumortherapie sind der Gastroenterologe, Strahlentherapeut und Pathologe eng einbezogen. Der stetige interdisziplinäre Dialog zwischen den Chirurgen und den Fachdisziplinen im Haus führt zu einem optimalen Konzept in der Therapieplanung von Tumorpatienten.

Die diagnostischen radiologischen Möglichkeiten, wie CT, MRT und konventionelle radiologische Kontrastmitteluntersuchung des Darmes oder das Angio-CT werden routinemäßig genutzt. Der gastroenterologische Spezialist liefert durch endoskopische Untersuchungen wichtige Informationen über die Art und Ausdehnung eines Tumors und beurteilt die Beschaffenheit der übrigen Darmabschnitte. Bei kleinen Darmtumoren oder bei nicht sicher lokalisierenden intraluminären Darmblutungen wird die endoskopische internistische Diagnostik zur sicheren Ortsbestimmung auch intraoperativ durchgeführt. So ist die onkologische Chirurgie von soliden Tumoren von einem exzellenten Umfeld von Fachdisziplinen umgeben, welches die Voraussetzungen für eine optimale Behandlung der Tumorpatienten schafft. Nach Abschluß der internistischen Diagnostik und nach Abstimmung der Therapie werden die Patienten zur Operation übernommen. 2004 konnten von 130 kolorektalen Eingriffen 55 Patienten und 37 Mageneingriffen 18 Patienten von der medizinischen Klinik II zur Operation übernommen werden. (s Folie 12 und 13.ppt)

Die chirurgische Entfernung von Tumoren ist in der Regel Grundlage für die Heilung

eines Tumorpatienten. Medikamentöse und strahlentherapeutische Behandlungen schließen sich nach der Operation unter Umständen durch so genannte adjuvante und neoadjuvanteTherapiemaßnahmen ergänzt. Nach radikaler Operation von bösartigen Schilddrüsenerkrankungen werden ergänzende nuklearmedizinische Therapien erforderlich. Bei bestimmten Tumoren des Magen-Darm-Traktes wird vor der Operation eine so genannte neo-adjuvante Therapie durchgeführt. Diese Bestrahlung kann zu einer Verkleinerung und Abkapselung des Tumors führen und die Konditionen für eine Operation wesentlich verbessern. Ausmaß und Art der Operation werden durch die Ausdehnung und Qualität eines Tumors bestimmt. Die international gültigen onkologischen Leitlinien werden dabei zugrunde gelegt. Simultan vorhandene solitäre Lebermetastasen oder die Beteiligung von Nachbarorganen an der Tumorerkrankung erfordern eine Ausweitung eines Eingriffes. Durch interdisziplinäre Kooperation mit anderen Fachgebieten, z.B. Gynäkologen oder Urologen, wird ein maximal optimiertes Operationsergebnis erreicht. Die Operationstechniken sind in den letzten Jahren durch Einführung der minimal invasiven Chirurgie mit Verbesserung in der Hochfrequenztechnologie zum blutarmen Operieren verfeinert worden. Wenn auch der Wert der minimal invasiven Chirurgie im onkologischen Bereich noch nicht abschließend beurteilt werden kann, so werden die vorteilhaften technischen Hilfsmittel auch in der offenen Chirurgie umgesetzt. Das harmonische Skalpell ist die herausragendste Entwicklung zum blutarmen Operieren bei Tumoren im unteren Darmbereich.

5.3.1. PATIENTENVERSORGUNG

5.3.1.1. ALLGEMEINE INFORMATIONEN

Beispiele der integrierten Therapie- und Diagnostik in Form von Algorithmen sind beispielhaft für das Schilddrüsenkarzinom , die Appendicitis , das Magenkarzinom , die biliäre Pankreatitis, die akute Pankreatitis, die intraoperative Cholangiographie, die Antibiotikatherapie bei der Peritonitis und die Antibiotika in der Bauchchirurgie angeführt.
Darüberhinaus werden die Empfehlungen der medizinischen Fachgesellschaften angewendet.

5.3.1.2. PROJEKTE IN 2005

Keine Angaben für das Berichtsjahr.

5.3.2. MITARBEITER

5.3.2.1. ALLGEMEINE INFORMATIONEN.

Jeden Montag findet nach der Chefarztvisite eine Mitarbeiterbesprechung statt, in der aktuelle Situationen der Weiterbildung, Dienstprobleme, Beteiligungen und Regelungen an Fortbildungen und Beschwerden aus dem Patienten- und Pflegebereich besprochen werden.

5.3.2.2. PROJEKTE IN 2005

Keine Angaben für das Berichtsjahr.

5.3.3. SICHERHEIT UND UMWELT

5.3.3.1. ALLGEMEINE INFORMATIONEN

Keine Angaben für das Berichtsjahr.

5.3.3.2. PROJEKTE IN 2005

Keine Angaben für das Berichtsjahr.

5.3.4. DATENSCHUTZ & DATENSICHERHEIT

5.3.4.1. ALLGEMEINE INFORMATIONEN

Keine Angaben für das Berichtsjahr.

5.3.4.2. PROJEKTE IN 2005

Keine Angaben für das Berichtsjahr.

5.3.5. ORGANISATION, FÜHREN & LEITEN

5.3.5.1. ALLGEMEINE INFORMATIONEN

Keine Angaben für das Berichtsjahr.

5.3.5.2. PROJEKTE IN 2005

Keine Angaben für das Berichtsjahr.

5.3.6. EXTERNE BEZIEHUNGEN & NETZWERKE

5.3.6.1. ALLGEMEINE INFORMATIONEN

Ergänzend zu den internen und externen Qualitätssicherungsmaßnahmen halten wir den ständigen kritischen Dialog untereinander, mit anderen Fachkollegen und mit den einweisenden Ärzten für einen wichtigen Beitrag zur Qualitätssicherung. Insbesondere für onkologische Patienten hat die enge Zusammenarbeit mit dem Pathologen eine große Bedeutung. In den seit elf Jahren regelmäßig alle drei Monate stattfindenden klinisch-pathologischen Konferenzen werden die Operationspräparate nicht nur aus pathologisch anatomischer Sicht, sondern auch mit den zusätzlichen Informationen des Chirurgen und onkologischen Internisten beurteilt. Die Endbefundung einer solchen Konferenz fließt in die individuelle Therapieplanung des Patienten ein. Die regelmäßige Anwesenheit bei den unter chirurgischer Leitung stehenden Konferenzen durch den Direktor des pathologischen Institutes der Universität Münster, Herrn Prof. Dr. W. Böcker und den Chefärzten der Medizinischen Klinik II, Gastroenterologie, Herrn Dr. Lenfers, Herrn Dr. Kroesen von der Stahlentherapie und Herrn Dr. Nagel von der Nuklearmedizin,

unterstreicht den hohen Stellenwert dieser Veranstaltung im Rahmen der onkologischen Versorgung. Seit Beginn des Jahres 2002 wird die klinisch pathologische Konferenz auch in Kooperation mit dem Tumorzentrum Lünen im onkologischen Schwerpunkt Dortmund e.V. durchgeführt.

5.3.6.2. PROJEKTE IN 2005

2005 fanden klinisch-pathologischen Konferenzen am 20. April 2005, 15.06.2005, 03.08.2005 und am 26.10.2005.
2005 wurden folgende Sachgebiete vorgestellt und diskutiert: Retroperitoneale Tumoren, das Magenkarzinom, das Rektumkarzinom, C-Zellkarzinom der Schilddrüse, C-Zell-Hyperplasie als Präkanzerose, der Gallensteinileus, Milzabszess, das Phäochromozytom, die rektalen T1 Tumoren, das Ösophaguskarzinom und das maligne Non Hodgkin Lymphom. Im Rahmen der Konferenzen sprachen
Herr Prof. Dr. Löhlein (Dortmund) über die Behandlungsstrategien des Ösophaguskarzinoms
Herr Dr. Shatavi (Essen) über die Behandlung der T1 Rektumtumore,
Herr Dr. Lenfers über die Diagnostik des Ösophaguskarzinoms.
Nach den Diskussionen werden spezielle Diagnostik- und Therapieempfehlungen aktualisiert.
Seit 2005 ist die Veranstaltung von der Ärztekammer Westfalen Lippe mit drei Fortbildungspunkten zertifiziert.

5.3.7. EXTERNE QUALITÄTSSICHERUNG, VERGLEICHE & BENCHMARKING

5.3.7.1. ALLGEMEINE INFORMATIONEN

EXTERNE QUALITÄTSSICHERUNG

Die Ärztekammer Westfalen Lippe führt seit 1991 für ausgewählte Operationen wie Leistenhernie und Cholezystektomie eine externe Qualitätskontrolle durch. In diese Kontrolle wird jeder Patient einbezogen, der in einer der 220 chirurgischen Kliniken des Kammerbereiches operiert wird. Seit 2001 wird die externe Qualitätskontrolle von der Bundesgeschäftsstelle für Qualitätssicherung durchgeführt. Die Ergebnisse des Jahres 2005 werden voraussichtlich in einem halben Jahr vorliegen.
Die Auswertung umfasst die operierten Fälle zu den Tracerdiagnosen aller Kliniken und eine Einzelauswertung der Fälle aus der eigenen Klinik. An Hand des statistisch aufgearbeiteten Datenmaterials lassen sich die Ergebnisse einzelner Kliniken mit dem Gesamtprofil vergleichen und bewerten.
Die Entwicklung der Leistenhernienoperationen im St.-Marien-Hospital Lünen von 1996 bis 2005 weist 2.475 Patienten auf. Davon wurden 689 konventionell und 1.786 laparoskopisch transperitoneal (TAPP) operiert.
Die Anzahl der durchgeführten Leistenhernienoperationen wird von weniger als 8% der übrigen Kliniken , die Gallenoperationen von nur 7,6% erreicht.
Bei den Leistenhernien liegt der Anteil von älteren Patienten über 70 Jahre um 10% höher als im Landesdurchschnitt. Die Komplikationsrate liegt unter dem

Durchschnitt der anderen Kliniken.
Die Entwicklung der Cholezystektomie im St.-Marien-Hospital Lünen von 1995-2004 weist 3.341 Patienten auf, 622 Patienten wurden konventionell offen und 2.719 laparoskopisch cholezystektomiert.
Bei den Cholezystektomien liegt der Anteil von älteren Patienten über 70 Jahre um 5% niedriger als im Landesdurchschnitt. Die Gesamtkomplikationsrate liegt unter dem Durchschnitt der anderen Kliniken. Nach offener Cholezystektomie war die Wundheilungstörung mit 7% doppelt so hoch wie im Landesdurchschnitt. Dieser Wert relativiert sich, wenn man berücksichtigt, daß offene Gallenoperationen fast nur noch bei komplizierten oder notfallmäßigen Fällen durchgeführt wurden. Der Anteil der laparoskopisch durchgeführten Gallenoperationen betrug 86 % , der Durchschnitt der übrigen Kliniken lag bei 59%. Bei nur 3,3% aller laparoskopisch begonnenen Operationen mußte die Operation offen fortgesetzt werden. Im Landesdurchschnitt waren es 7,2%.
Die intraoperative Cholangiographie wird von uns bei allen Gallenoperationen routinemäßig eingesetzt und hat einen hohen diagnostischen Stellenwert insbesondere auch bei der laparoskopischen Technik. Diese Diagnostik wird von uns für unverzichtbar gehalten, da auch bei präoperativ völlig unverdächtigen Befunden bei 10% der Patienten intraoperativ Gallengangssteine und bei mehr als 10% atypische Verläufe des Gallengangs vorliegen, die durch eine intraoperative Gallengangsdiagnostik gesichert werden und bei der Präparation besonders geschont werden können. Über diese Erfahrungen auf der Basis von 314 laparoskopischen Gallenoperationen berichteten wir auf dem 112. Kongreß der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie am 19.04.1995 in Berlin.
Die übrigen Kliniken praktizierten nur in 12,8% diese intraoperative Diagnostik. In der neueren Literatur wird dagegen überwiegend auf den hohen Wert dieser Untersuchung hingewiesen.
Die Verweildauer ist bei laparoskopischer Cholezystektomie im Vergleich zur offenen Cholezystektomie um sechs Tage d.h. um die Hälfte verkürzt. Im Vergleich zum Durchschnitt der übrigen Kliniken ist die Verweilzeit sowohl bei den offenen als auch bei den laparoskopischen Gallenoperationen um drei Tage kürzer. Hochgerechnet auf 500 laparoskopisch durchgeführte Cholezystektomien bedeutet dies einen Rückgang von 3.000 Pflegetagen.
Die Entwicklung der Appendektomie im St.-Marien-Hospital Lünen von 1991-2004 weist 1.662 Patienten auf, 691 Patienten wurden konventionell offen und 971 laparoskopisch appendektomiert. Im operativen Bereich haben die laparoskopischen Operationstechniken weiter an Bedeutung gewonnen. Die Trends sind am Beispiel der Gallen-, Blinddarm- und Leistenbruchoperationen aufgeführt. Diese Indikationen gelten inzwischen als etablierte Operationsmethoden. Weitere Indikationen sind auf dem Prüfstand. Der Strukturwandel in der Chirurgie führt zu einer drastischen Reduktion von Krankenhausverweilzeiten, die Patientenzahlen lassen sich nur erhöhen, wenn genügend OP-Kapazität zur Verfügung steht. Nicht das belegte Bett, sondern die Anzahl der Operationen sind der wichtigste ökonomische Faktor für eine chirurgische Klinik.

5.3.8. CONTROLLING, INVESTITITONS- & FINANZMANAGEMENT

5.3.8.1. ALLGEMEINE INFORMATIONEN

Keine Angaben für das Berichtsjahr.

5.3.8.2. PROJEKTE IN 2005

Keine Angaben für das Berichtsjahr.

5.3.9. EINKAUFSMANAGEMENT & LOGISTIK

5.3.9.1. ALLGEMEINE INFORMATIONEN

Keine Angaben für das Berichtsjahr.

5.3.9.2. PROJEKTE IN 2005

Keine Angaben für das Berichtsjahr.

6. WEITERGEHENDE INFORMATIONEN

Keine Angaben für das Berichtsjahr.

7. SCHLÜSSELERGEBNISSE

Keine Angaben für das Berichtsjahr.

8. ZUSAMMENFASSUNG & AUSBLICK

Keine Angaben für das Berichtsjahr.

VII-II KLINIK FÜR ANÄSTHESIOLOGIE UND OPERATIVE INTENSIVMEDIZIN

1. Vorwort ... 164
2. Verfasser ... 164
3. Basisinformationen ... 165
3.1. Inhalte, Auftrag & Ziele ... 165
3.2. Organisationsstrukturen, Leitung & Zuständigkeiten ... 167
3.3. Personal ... 168
3.3.1. Stellenplan & Qualifikationen ... 168
3.3.2. Weiterbildungsermächtigung(en) ... 172
3.3.3. Traineeprogramme, Praktika & Hospitationen ... 172
3.3.4. Lehre, Forschung & Entwicklung ... 172
3.4. Leistungsspektrum, Schwerpunkte & Serviceangebote ... 176
3.5. Planbetten ... 182
4. Technische Ausstattung ... 183
5. Qualitätssicherung ... 184
5.1. Strukturen & Organisation ... 184
5.2. Methoden & definierte Verfahren ... 184
5.3. Prozesse ... 185
5.3.1. Patientenversorgung ... 185
5.3.2. Mitarbeiter ... 187
5.3.3. Sicherheit & Umwelt ... 187
5.3.4. Datenschutz & Datensicherheit ... 188
5.3.5. Organisation, Führen & Leiten ... 188
5.3.6. Externe Beziehungen & Netzwerke ... 188
5.3.7. Externe Qualitätssicherung, Vergleiche & Benchmarking ... 189
5.3.8. Controlling, Investitions- & Finanzmanagement ... 189
5.3.9. Einkaufsmanagement & Logistik ... 189
6. Weitergehende Informationen ... 190
7. Schlüsselergebnisse ... 191
8. Zusammenfassung & Ausblick ... 191
9. Christlichkeit, Ethik & Spiritualität (optional) ... 191

1. VORWORT

Die Klinik für Anästhesiologie und operative Intensivmedizin am St.-Marien-Hospital Lünen ist primär interdisziplinär und fächerübergreifend tätig. Sie ist als zentrale Einrichtung für die gesamte anästhesiologische Versorgung aller Kliniken am Hause zuständig, u. a. für die folgenden Hauptfachabteilungen: Allgemein- und Abdominalchirurgie, Gefäßchirurgie, Gynäkologie und Geburtshilfe, Neurochirurgie, orthopädische Chirurgie, Unfallchirurgie und Urologie sowie interventionelle Radiologie und interventionelle Kardiologie. Außerdem verfügt die Klinik für Anästhesiologie und operative Intensivmedizin über eine eigene Intensivtherapiestation mit 14 Planbetten, auf der schwerstkranke Patienten der genannten Fachdisziplinen einschließlich Polytraumatisierter behandelt werden. Daneben ist die Klinik für die Luftrettung im Großraum „östliches Ruhrgebiet" zuständig und stellt die Notärzte für den Rettungshubschrauber Christoph 8. Weiterhin der Klinik zugeordnet sind die Aufgaben der zentralen OP-Koordination, Organisation des ambulanten Operationszentrums am Hause, Organisation und Durchführung der Eigenblutspende sowie das Qualitätsmanagement für das Transfusionswesen im Krankenhaus. Insgesamt ist die Klinik für Anästhesiologie und operative Intensivmedizin mit 22 Arztstellen ausgestattet. Die schmerztherapeutische Versorgung der operativen Patienten erfolgt in Zusammenarbeit mit dem Schmerztherapeutischen Zentrum am Hause (Leitung: Ltd. Oberarzt Dr. Lux).

Seit dem 01.10.2005 trägt das St.-Marien-Hospital Lünen den Titel „Akademisches Lehrkrankenhaus der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster". Die Aufgaben der zentralen Koordination für das Akademische Lehrkrankenhaus werden durch den Chefarzt der Klinik, Herrn Priv.-Doz. Dr. med. W. Wilhelm, wahrgenommen.

2. VERFASSER

Priv.-Doz. Dr. med. Wolfram Wilhelm
DEAA, Chefarzt,
Dr. med. Stefan Röhrig
Funktionsoberarzt, Oberarzt für Qualitätsmanagement,
Dr. med. Thomas Bernhardt
Leitender Oberarzt

Klinik für Anästhesiologie und operative Intensivmedizin am St.-Marien-Hospital Lünen.

3. BASISINFORMATIONEN
3.1. INHALTE, AUFTRAG & ZIELE

Die Klinik für Anästhesiologie und operative Intensivmedizin hat im Rahmen der gesamten Patientenversorgung in unserem Krankenhaus folgende Aufgaben:

ANÄSTHESIOLOGIE

Durchführung sämtlicher Anästhesieverfahren für alle Eingriffe aller operativen Fächer.
Durchführung von Anästhesien für Maßnahmen nicht-operativer Fächer, z. B. bei interventionellen Eingriffen der Medizinischen Klinik I (Implantation von Cardioverter/Defibrillator- oder biventrikulären Schrittmacher-Systemen), bei interventionellen Eingriffen der Abteilung für Radiologie (Vertebroplastie, Kyphoplastie, zerebrale Panangiographie inkl. Coiling von Hirnarterienaneurysmen, CT und NMR).
Durchführung ambulanter Anästhesien für alle operativen Fachabteilungen am Hause sowie für niedergelassene Operateure (gynäkologische Facharztpraxen von Frau Dr. med. G. Flizikowska-Schmidt, Lünen und Frau R. Münster, Lünen).
Durchführung rückenmarknaher Anästhesieverfahren in der Geburtshilfe, v. a. als geburtshilfliche Periduralanästhesie.
Neugeborenenversorgung bei Sectio-Entbindungen inkl. Neugeborenenreanimation.
Organisation und Durchführung der Schockraumversorgung, z. B. bei schwerverletzten Patienten oder lebensbedrohlich Erkrankten, mit anschließender anästhesiologischer Versorgung bei der Röntgendiagnostik.
Organisation und Betrieb der Prämedikationsambulanz, Durchführung der Prämedikationsvisite bei allen Patienten, die ein Anästhesieverfahren erhalten sollen sowie Durchführung anästhesiologischer Konsile zur perioperativen Risikobeurteilung und -minimierung.
Durchführung postanästhesiologischer Visiten zur Validierung der Ergebnisqualität der anästhesiologischen Versorgung.
Anlage von zentralen Venen- und Dialysekathetern für die verschiedenen Fachabteilungen im Hause auf Anforderung.

INTENSIVMEDIZIN

Organisatorische Leitung der operativen 14-Betten-Intensivstation.
Durchgehende Versorgung der Intensivstation durch einen anästhesiologischen Intensivarzt im 3-Schicht-Modell.
Behandlung von Intensivpatienten in Zusammenarbeit mit der für das Grundleiden zuständigen Fachabteilung.
Erstellung von Therapieplänen, regelmäßige Durchführung von Intensivvisiten (mindestens einmal pro Schicht).
Erstellung und Implementierung von Behandlungsstandards (SOP = standard operating procedure) für bestimmte intensivmedizinische Krankheitsbilder oder Maßnahmen.

Konsiltätigkeit für die konservative Intensivstation.
Sicherstellung der notfallmedizinischen Versorgung auf dem gesamten Krankenhausgelände durch ein intensivmedizinisches Reanimationsteam (Anästhesist und Fachpflegeperson; siehe unten „Notruf 6666“).

NOTFALLMEDIZIN

Organisation und Durchführung des Luftrettungsdienstes auf dem Rettungshubschrauber Christoph 8, der das östliche Ruhrgebiet versorgt.
Einrichtung und Organisation des zentralen innerklinischen Notrufs “6666“ zur Sicherstellung der sofortigen notfallmedizinischen Versorgung auf dem gesamten Krankenhausgelände.
Einrichtung, Organisation und Betrieb des Trainings- und Simulationszentrums für Notfallbehandlung und Herz-Lungen-Wiederbelebung am Hause; dort u. a. Durchführung des Reanimationstrainings („Megacode-Training“) für alle Mitarbeiter im St.-Marien-Hospital.
Teilnahme am leitenden Notarztdienst für den Kreis Unna.
Beratung des ärztlichen Leiters Rettungsdienst des Kreises Unna in allen Fragen der Notfallmedizin.
Der Chefarzt der Klinik für Anästhesiologie und operative Intensivmedizin vertritt am St.-Marien-Hospital Lünen den ärztlichen Leiter Rettungsdienst des Kreises Unna.

SCHMERZTHERAPIE

Akutschmerztherapie bei allen operativen Patienten im Aufwachraum.
Durchführung von rückenmarknahen Anästhesien und peripheren Nervenblockaden sowie Anlage der entsprechenden Katheter für die perioperative Schmerztherapie, z. B. als Periduralkatheter, als N. femoralis-Katheter, interskalenär etc..
Übergabe der o. g. Verfahren an das schmerztherapeutische Zentrum (STZ, Leiter: Ltd. OA Dr. med. E.A. Lux) ; die schmerztherapeutische Versorgung der operativen Patienten auf der Normalstation erfolgt vereinbarungsgemäß durch das STZ.

TRANSFUSIONSMEDIZIN UND EIGENBLUTSPENDE

Qualitätsmanagement für die gesamte Transfusionsmedizin sowie für die Eigenblutspende-Einrichtung am St.-Marien-Hospital Lünen.
Erstellung und fortlaufende Aktualisierung des Transfusionshandbuchs des St.-Marien-Hospitals Lünen.
Durchführung von Audits zur Sicherstellung der transfusionsmedizinischen Qualität im Hause.
Beratung des ärztlichen Direktors in allen Fragen der Transfusionsmedizin.
Durchführung von Untersuchungen zur Feststellung der Spende-Fähigkeit.
Durchführung der Eigenblutentnahme bis zum 30.09.2005, danach ist die Abnahme von Eigenblutspenden in unserer Eigenblutambulanz aufgrund des geringen Bedarfs ausgesetzt worden. Patienten, die vor entsprechenden Eingriffen Eigenblut spenden wollen, können dies jetzt direkt beim DRK-Blutspendedienst in Münster durchführen lassen.

ZENTRALES OP-MANAGEMENT & ORGANISATION DES AMBULANTEN OPERATIONSZENTRUMS

Der Chefarzt der Klinik für Anästhesiologie und operative Intensivmedizin ist der Haupt-OP-Koordinator. Die Aufgaben der OP-Koordination „vor Ort" werden auch vom diensthabenden Anästhesie-Oberarzt wahrgenommen, der dem Chefarzt unterstellt ist.
Erstellung der wöchentlichen Saalnutzungspläne für die verschiedenen operativen Fachabteilungen.
Koordination des Gesamt-OP-Plans für den Folgetag.
Durchführung täglicher Planungsgespräche mit den leitenden Pflegekräften von OP und Anästhesie.
Kurzfristige und zeitnahe Anpassung der OP-Saalnutzung an die aktuellen Erfordernisse, z. B. Zuweisung von Notfallkapazitäten.
Organisatorische Leitung des ambulanten OP-Zentrums, Zuteilung von Zeitkontingenten.

3.2. ORGANISATIONSSTRUKTUREN, LEITUNG & ZUSTÄNDIGKEITEN

Der Chefarzt ist zuständig für die Organisation und den reibungslosen Ablauf aller Aufgabenbereiche der Klinik für Anästhesiologie und operative Intensivmedizin; darüber hinaus betreut er wahlleistungsversicherte Patienten im OP und auf der Intensivstation.

Folgende organisatorische Aufgaben wurden delegiert:

OA Dr. med. T. Bernhardt ist als leitender Oberarzt Stellvertreter des Chefarztes in allen medizinischen und organisatorischen Belangen; er ist zudem zuständig für die operative Intensivstation. Er ist DRG-Beauftragter der Klinik für Anästhesiologie und operative Intensivmedizin, leitet die Eigenblutspende und ist als Transfusionsbeauftragter Mitglied der Transfusionskommission.

OA Dr. med. B. Esters ist der stellvertretende Transfusionsbeauftragte der Klinik für Anästhesiologie und operative Intensivmedizin; er ist zudem zuständig für die Einhaltung der Betäubungsmittel-Richtlinien und die Endkontrolle der Betäubungsmittel-Bestände in der klinischen Anästhesiologie und auf der operativen Intensivstation.

OA Dr. med. M. Kulaga ist zuständig für die Schwerpunkte „geburtshilfliche Anästhesie und Versorgung des Neugeborenen" sowie „Atemwegsmanagement"; er ist zudem der Hygienebeauftragte der Klinik für Anästhesiologie und operative Intensivmedizin.

OA E. Mathejka vertritt den Chefarzt in allen Belangen des Rettungsdienstes, er trägt den Titel „Leitender RTH-Arzt" und ist für Organisation und medizinische Belange des Rettungshubschraubers Christoph 8 zuständig. Darüber hinaus ist er

als leitender Notarzt für den Kreis Unna tätig und mit Aufgaben des OP-Controllings betraut.

FOA M. Hoppe ist verantwortlich für den Betrieb des ambulanten OP-Zentrums; zudem leitet er die Arbeitsgruppe „Schockraumversorgung".

FOA Dr. med. S. Röhrig ist als Oberarzt für Qualitätsmanagement der Qualitätsbeauftragte der Klinik für Anästhesiologie und operative Intensivmedizin; er ist zudem für die Organisation der anästhesiologischen Konferenz Lünen und die wöchentliche abteilungsinterne Klinikkonferenz zuständig. Er ist zudem stellvertretender DRG-Beauftragter der Klinik für Anästhesiologie und operative Intensivmedizin.

Herr T. Burkart ist der stellvertretende ltd. RTH-Arzt sowie Leiter des Trainings- und Simulationszentrums für Notfallbehandlung und Herz-Lungen-Wiederbelebung am Hause.

Herr Dr. med. F. Gegenmantel ist, gemeinsam mit Herrn Dr. med. T. Bernhardt sowie dem leitenden Pfleger der Intensivstation, Herrn F. Leicht, der MPG-Beauftragte der Klinik für Anästhesiologie und operative Intensivmedizin.

Herr Dr. med. K. Hinrichs unterstützt den Chefarzt in allen Belangen der Ausbildung von Studierenden und bei der Koordination aller Aufgaben des Akademischen Lehrkrankenhauses.

3.3. PERSONAL
3.3.1. STELLENPLAN & QUALIFIKATIONEN

ÄRZTLICHER STELLENPLAN

Der ärztliche Stellenplan beträgt derzeit 1-6-15 Vollkräfte (= 22 VK); es sind insgesamt 23 Ärztinnen und Ärzte, wobei zwei Mitarbeiterinnen eine Teilzeitstelle besetzten. Zur Zeit sind 13 Mitarbeiter/innen Fachärzte/innen; in Weiterbildung befinden sich zehn Ärzte. Mit diesem Stellenplan werden folgende Aufgaben wahrgenommen:

Sicherstellung von Organisation und reibungslosem Ablauf aller Aufgabenbereiche der Klinik für Anästhesiologie und operative Intensivmedizin, Betreuung von Wahlleistungspatienten, OP-Hauptkoordination, zentrale Koordination für das akademische Lehrkrankenhaus	Chefarzt
Diensthabender OA, OP-Aufsicht, OP-Koordination „vor Ort", neonatologische Versorgung bei Sectio caesarea	1 Arzt
Besetzung von sieben OP-Sälen	7 Ärzte

Besetzung von urologischem und gynäkologischem Ambulanz-OP, Schockraum, Kreißsaal, interventionelle Radiologie und Kardiologie, Eigenblutspende	0,5 Arzt
Prämedikationsambulanz, Spätdienst bis 20.00 Uhr	1 Arzt
Intensivschichtdienst	6 Ärzte
Besetzung des Rettungshubschraubers	1 Arzt
Mitarbeiter, die sich nach dem Nachtdienst gesetzeskonform im Dienstfrei befinden.	1,5 Ärzte
Zum Augleich von Urlaubstagen, Überstunden und Mehrarbeit (inkl. AZV-Tage) müssen täglich mindestens drei Mitarbeiter der klinischen Anästhesiologie abwesend sein.	3 Ärzte
Summe	**22 Ärzte**

PFLEGERISCHER STELLENPLAN

In der klinischen Anästhesie arbeiten insgesamt zwölf Vollkräfte und acht Teilzeitkräfte (Stellenplan 14,188 VK), davon haben elf Mitarbeiter die Fachweiterbildung für Anästhesie und Intensivpflege, ein Mitarbeiter befindet sich zur Zeit in der Fachweiterbildung. Die Anästhesie-Pflege wird von Frau D. Gräwe und Frau K. von Hagel geleitet.
Auf der Intensivstation arbeiten insgesamt 43 Pflegekräfte, davon 18 Fachpflegekräfte. Leitender Pfleger der Intensivstation ist Herr F. Leicht.

QUALIFIKATIONEN

CHEFARZT PRIV.-DOZ. DR. MED. W. WILHELM, DEAA

Mitgliedschaften:

- Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin (DGAI)
- Berufsverband deutscher Anästhesisten (BDA)
- European Society of Anaesthesiologists (ESA)
- American Society of Anesthesiologists (ASA)
- International Anesthesia Research Society (IARS)
- Anesthesia Patient Safety Foundation (APSF)
- Herausgeber der Rubrik “Notfallmedizin” für die Zeitschrift “Der Anaesthesist”
- Mitglied der wissenschaftlichen Kommission „Ambulantes Operieren“ der DGAI

Zusatzqualifikationen:

- Zusatzbezeichnung Intensivmedizin
- Qualifikation Ärztlicher Leiter Rettungsdienst
- Qualifikation Leitender Notarzt
- Zusatzbezeichnung Notfallmedizin
- Zusatzbezeichnung Spezielle Schmerztherapie
- Fachkunde Laboruntersuchungen in der Anästhesiologie
- Fachkunde Strahlenschutz
- Qualifikation Transfusionsmedizin

LTD. OBERARZT DR. MED. T. BERNHARDT

Mitgliedschaften:

- Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin (DGAI)
- Berufsverband deutscher Anästhesisten (BDA)

Zusatzqualifikationen:

- Zusatzbezeichnung Intensivmedizin
- Qualifikation Ärztlicher Leiter Rettungsdienst
- Qualifikation Leitender Notarzt
- Zusatzbezeichnung Notfallmedizin
- Zusatzbezeichnung Spezielle Schmerztherapie
- Fachkunde Laboruntersuchungen in der Anästhesie
- Qualifikation Transfusionsmedizin
- Fachkunde Strahlenschutz

OBERARZT DR. MED. B. ESTERS

Mitgliedschaften:

- Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin (DGAI)
- Berufsverband deutscher Anästhesisten (BDA)

Zusatzqualifikationen:

- Fakultative Weiterbildung Spezielle anästhesiologische Intensivmedizin
- Fachkunde Rettungsdienst
- Fachkunde Strahlenschutz
- Qualifikation Transfusionsmedizin

OBERARZT DR. MED. M. KULAGA

Mitgliedschaften:

- Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin (DGAI)
- Berufsverband deutscher Anästhesisten (BDA)

Zusatzqualifikationen:

- Zusatzbezeichnung Intensivmedizin
- Fachkunde Strahlenschutz
- Fachkunde Rettungsdienst

OBERARZT E. MATHEJKA

Mitgliedschaften:

- Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin (DGAI)
- Berufsverband deutscher Anästhesisten (BDA)

Zusatzqualifikationen:

- Zusatzbezeichnung Intensivmedizin
- Zusatzbezeichnung Notfallmedizin
- Qualifikation Leitender Notarzt
- Zusatzbezeichnung Spezielle Schmerztherapie
- Fachkunde Strahlenschutz

FUNKTIONSOBERARZT M. HOPPE

Mitgliedschaften:

- Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin (DGAI)
- Berufsverband deutscher Anästhesisten (BDA)

Zusatzqualifikationen:

- Fakultative Weiterbildung Spezielle anästhesiologische Intensivmedizin
- Fachkunde Rettungsdienst
- Qualifikation Leitender Notarzt
- Fachkunde Strahlenschutz

FUNKTIONSOBERARZT DR. MED. S. RÖHRIG

Mitgliedschaften:

- Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin (DGAI)
- Berufsverband deutscher Anästhesisten (BDA)
- Arbeitsgemeinschaft der Notärzte Nordrhein-Westfalen (AGNNW)

Zusatzqualifikationen:

- Zusatzbezeichnung Intensivmedizin
- Qualifikation Leitender Notarzt
- Zusatzbezeichnung Notfallmedizin
- Fachkunde Strahlenschutz
- Ärztliches Qualitätsmanagement

MITARBEITER

Fast alle Mitarbeiter der Klinik für Anästhesiologie und operative Intensivmedizin besitzen die Fachkunde Rettungsdienst bzw. die Zusatzbezeichnung Notfallmedizin sowie die Fachkunde Strahlenschutz.

3.3.2. WEITERBILDUNGSERMÄCHTIGUNG

Herr Priv.-Doz. Dr. med. W. Wilhelm verfügt über die volle Weiterbildungsermächtigung für Anästhesiologie (60 Monate), Intensivmedizin (24 Monate) sowie Notfallmedizin.

3.3.3. TRAINEEPROGRAMME, PRAKTIKA & HOSPITATIONEN

AUSBILDUNG VON STUDIERENDEN

Die Klinik für Anästhesiologie und operative Intensivmedizin steht allen Studierenden der Medizin offen. Seit dem 1.10.2005 ist das St.-Marien-Hospital Lünen Akademisches Lehrkrankenhaus der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster, die Aufgaben der zentralen Koordination werden durch den Chefarzt der Klinik für Anästhesiologie und operative Intensivmedizin wahrgenommen. Darüber hinaus nutzen ca. 2 Studenten pro Semester in der vorlesungsfreien Zeit die Möglichkeit, im Rahmen einer Famulatur ihr Wissen in unserem Fachgebiet zu vertiefen.
Des Weiteren bieten wir Schülern verschiedener Rettungsdienstschulen die Möglichkeit, im Rahmen Ihrer Ausbildung in unserer Klinik das OP-Praktikum abzuleisten. Darüber hinaus führen wir Hospitationsveranstaltungen für ärztliche Kollegen anderer Kliniken durch. Weiterhin besteht für Mitarbeiter aus dem Haus die Möglichkeit der tageweisen Hospitation im OP, um die dortigen Abläufe und Probleme zu verstehen; ärztlichen Kollegen anderer Fachrichtungen bieten wir die Möglichkeit, im OP Grundzüge der Maskenbeatmung und Intubation zu erlernen.

3.3.4. LEHRE, FORSCHUNG & ENTWICKLUNG

Der Chefarzt ist Lehrbeauftragter der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster, gibt weiterhin regelmäßige Lehrveranstaltungen an der Universität des Saarlandes und betreut auch kontinuierlich Doktoranden.
Die Klinik für Anästhesiologie und operative Intensivmedizin hat im Jahr 2005 eine Vielzahl von teilweise überregionalen Fortbildungsveranstaltungen durchgeführt, u. a. zu den folgenden Themen:
Workshop und Hospitation “Moderne Anästhesiekonzepte - Fast-track-Anästhesie“,
Symposium mit ganztägigem Workshop zum Thema „Intensivmedizin Update 2005: Surviving Sepsis Campaign“,
Workshop und Hospitation zum Thema “Analgosedierung auf der Intensivstation“,
Rationale Antibiotikatherapie – Aktuelle Empfehlungen der Paul-Ehrlich-Gesellschaft,
Versorgung des Neugeborenen u.v.a.m..
Weiterhin findet jeden Montag in der Zeit von 16.00 Uhr – 16.45 Uhr die wöchentliche Konferenz der Klinik für Anästhesiologie und operative Intensivmedizin statt. Hier werden Themen aus dem gesamten Gebiet der Anästhesiologie, Intensiv-,

Notfallmedizin und Schmerztherapie vorgestellt und diskutiert; die Veranstaltung dient auch als Zwischenfallskonferenz. Unsere Klinikkonferenz steht ebenfalls externen Gästen zur Verfügung und ist am ersten und dritten Montag eines Monats im Fortbildungskalender der Ärztekammer Westfalen-Lippe ausgewiesen und mit Fortbildungspunkten zertifiziert.

PUBLIKATIONEN, BUCHBEITRÄGE UND VORTRÄGE

Die Ärzte der Klinik für Anästhesiologie und operative Intensivmedizin geben regelmäßig Unterrichtsstunden im Rahmen der Fachweiterbildung „Anästhesie und Intensivmedizin" an der hiesigen Fachweiterbildungsstätte am St.-Marien-Hospital Lünen. Des Weiteren werden regelmäßig folgende Lehrverpflichtungen wahrgenommen:
„Beatmung des Intensivpatienten" für Pflegepersonen der Intensivstation,
„Notfallmanagement und kardiopulmonale Reanimation" für Mitarbeiter,
„Analgesie in der Geburtshilfe" für Mitarbeiter.

Publikationen 2004/2005 (eine Auswahl)

Wilhelm W, Buchinger H, Biedler A, Altmann S, Larsen R, Kreuer S
Einfluss des Geschlechts auf Propofolverbrauch und Aufwachzeiten bei standardisierter Anästhesietiefe
Anaesthesist 2005; 54:567-574

Wilhelm W, Röhrig S
Fast-track-Anästhesie
Journal für Anästhesie und Intensivbehandlung 2005; 12 (4): 77-80

Wilhelm W, Weinrich A, Kreuer S
Depth of anaesthesia monitoring: an overview – with special emphasis on Bispectral Index and Narcotrend monitoring
Lifelines in Critical Care and Anaesthesia 2005:2-6

Wilhelm W, Röhrig S
Fast-Track-Anästhesie – Prozessoptimierung: Theorie und praktische Umsetzung
Kongressband „Fast-Track in der stationären und ambulanten Anästhesie", Deutscher Anästhesiekongress 2005:4-12

Wilhelm W, Röhrig S. Bronchoskopie auf der Intensivstation. Journal für Anästhesie und Intensivbehandlung 2004; 11(2):150-151

Kreuer S, Bruhn J, Grundmann U, Larsen R, Shafer S, Wilhelm W. Application of bispectral and Narcotrend indices to the measurement of the electroencephalographic effects of isoflurane with and without burst suppression. Anesthesiology 2004; 101:847-854

Gries A, Wilhelm W. Defizite im präklinischen Management bestimmter Notfallsituationen: Verbesserung der notärztlichen Qualifikation durch praxisorientierte Kurskonzepte. Anaesthesist 2004; 53:1043-1044

Larsen R, Wilhelm W. Pulmonale Hypertonie – neue Behandlungskonzepte. Anaesthesist 2004; 53:687

BÜCHER UND BUCHBEITRÄGE (EINE AUSWAHL)

Wilhelm W, Bruhn J, Kreuer S (Hrsg). Überwachung der Narkosetiefe, Deutscher Ärzte-Verlag Köln 2005, 341 Seiten

Wilhelm W. Volumenmangelschock (traumatischer Schock). In: Knuth P, Sefrin P (Hrsg) Notfälle nach Leitsymptomen, 5. Auflage, Deutscher Ärzte-Verlag Köln 2006: 362-364

Wilhelm W. Zentrale Atemstörung. In: Knuth P, Sefrin P (Hrsg) Notfälle nach Leitsymptomen, 5. Auflage, Deutscher Ärzte-Verlag Köln 2006: 69-71

Wilhelm W. Anästhesiologische Visite. In: Rossaint R, Werner C, Zwißler B (Hrsg) Die Anästhesiologie, Springer-Verlag Berlin Heidelberg New York 2004: 3-14

Wilhelm W, Kleinschmidt S, Pargger H. Vorbereitung des Patienten zu Anästhesie und Operation. In: Rossaint R, Werner C, Zwißler B (Hrsg) Die Anästhesiologie, Springer-Verlag Berlin Heidelberg New York 2004: 519-552

Wilhelm W. Transport kritisch kranker Patienten. In: Burchardi H, Larsen R, Schuster HP, Suter PM (Hrsg) Intensivmedizin, 9. Auflage, Springer-Verlag Berlin Heidelberg New York 2004: 63-69

Wilhelm W, Mertzlufft F, Bach F, Larsen R. Intensivmedizinisches Monitoring. In Burchardi H, Larsen R, Schuster HP, Suter PM (Hrsg) Intensivmedizin, 9. Auflage, Springer-Verlag Berlin Heidelberg New York 2004: 95-108

WISSENSCHAFTLICHE VORTRÄGE (EINE AUSWAHL)

PRIV.-DOZ. DR. MED. W. WILHELM

„Narkose-Tuning – auf dem Weg zur optimierten Anästhesie“, Universitätsklinikum Jena, 2005

„Fast-Track-Anästhesie – wie wird´s gemacht?“, Klinikum Köln-Merheim, Lehrstuhl Anästhesiologie II der Universität Witten-Herdecke, Köln 2005

„Anästhesietiefe – ein Parameter für das Outcome?“, Universitätsklinkum Schleswig-Holstein, Campus Kiel, 2005

„Analgosedierung auf der Intensivstation“ (142. Forum AINS), Medizinischen Hochschule Hannover, 2005

“Update Luftrettung”, Dortmunder Notarztkolloquium 2005

“Fibreoptic intubation: Basic principles, tips and tricks”, Euroanaesthesia - Annual Meeting of the European Society of Anaesthesiologists, Wien, 2005

„Der Notarztdienst in Deutschland: gestern, heute und morgen“, Feuerwehr Bottrop 2005

„Der schwierige Atemweg: Früh erkennen, optimal vorbereiten“ Deutscher Anästhesiekongress, München, 2005

„Fast-track-Anästhesie: Pharmakologische Grundlagen und klinische Konzepte“, Symposium und Workshop „Fast-track-Anästhesie“, Lünen 2004

„Analgesie und Sedierung beim Intensivpatienten“, Kongress der Deutschen interdisiplinären Vereinigung für Intensivmedizin DIVI, Hamburg 2004

„Fast-track-Anästhesie: Wärmemanagement und postoperative Schmerztherapie“, Deutscher Anästhesiekongress 2004

„Bronchoskopie auf der Intensivstation“, Hauptstadtkongress für Anästhesiologie und Intensivtherapie, Universitätsklinikum Charité Berlin 2004

OA E. MATHEJKA

„Anästhesiologisches Management bei Vertebroplastie und Kyphoplastie“, Radiologie-Symposium, St.-Marien-Hospital Lünen 2004

FOA DR. MED. S. RÖHRIG

„Der schwierige Atemweg im Rettungsdienst – Früh erkennen, optimal vorbereiten, gezielt handeln“, Notarzt-Symposium der Ruhr-Universität Bochum, Bochum 2005

„Fast-Track-Anästhesie mit Remifentanil: Theorie und praktische Umsetzung zur Prozessoptimierung im OP“, Paracelsusklinik Osnabrück 2005

„Clinotel-Audit Anästhesie – Internes Audit nach DIN EN ISO 9001:2000“ Clinotel-Kongress, Köln 2005

„Fast-track-Anästhesie: Wärmetherapie im OP“, Symposium und Workshop „Fast-track-Anästhesie“, Lünen 2004

3.4. LEISTUNGSSPEKTRUM, SCHWERPUNKTE & SERVICEANGEBOTE

ANÄSTHESIE

Im Jahr 2005 wurden insgesamt 8.346 Anästhesien durchgeführt, dies entspricht einer deutlichen Steigerung gegenüber dem Vorjahr. Dabei kamen alle modernen Anästhesieverfahren zur Anwendung, sowohl im Bereich der Allgemeinanästhesie als auch im Bereich der Regionalanästhesie. Die Narkosen finden regelhaft in sieben OP-Sälen, zwei urologischen Eingriffsräumen sowie einem gynäkologischen Ambulanz-OP statt. Weiterhin werden Anästhesien im Kreißsaal, im Linksherzkatheterlabor, in der Röntgenabteilung, im CT und NMR sowie im Schockraum durchgeführt.

PATIENTENGUT

Besondere Schwerpunkt liegen in folgenden Bereichen:

INTRAKRANIELLE EINGRIFFE

Das St.-Marien-Hospital Lünen ist als Schwerpunktkrankenhaus für die neurochirurgische Versorgung der Umgebung verantwortlich, wobei die Zuweisungen teilweise auch aus weiter entfernten Krankenhäusern (z.B. aus dem Sauerland und Siegerland) erfolgen. Darüber hinaus wurde im Jahr 2005 das Behandlungsspektrum für Patienten mit Subarachnoidalblutung (SAB) im Hause erweitert: Nun steht neben der Operation („Clipping“) auch die „Coilingtherapie“ zur Verfügung. Dabei wird das Hirnarterienaneurysma durch die Abteilung für Radiologie mit Drahtspiralen („Coils“) befüllt und so ausgeschaltet. In allen Fällen ist eine anästhesiologische und intensivmedizinische Betreuung auf allerhöchstem Niveau erforderlich, um die Patienten in Zusammenarbeit mit den beteiligten Fachdisziplinen (Neurochirurgie, Radiologie, teilweise Neurologie) adäquat zu versorgen. Dementsprechend verfügen die Mitarbeiter der Klinik für Anästhesiologie und operative Intensivmedizin über große Erfahrung bei der Versorgung dieser Patienten, sowohl perioperativ (Akuttherapie, Narkoseführung) als auch in der intensivmedizinischen Weiterbehandlung (Hirndruckbehandlung, Beatmungstherapie etc). Dabei erfordern diese Patienten einen besonders hohen anästhesiologischen und intensivmedizinischen Aufwand, sowohl personell (teilweise doppelte Anästhesiearzt-Besetzung) als auch apparativ und finanziell (invasives Monitoring, teilweise inkl. Pulmonalarterienkatheter, anschließende Intensivtherapie etc.).

GEFÄSSCHIRURGISCHE OPERATIONEN

Die Gefäßchirurgische Klinik am Hause besitzt ein sehr breites Eingriffsspektrum (Aortenchirurgie infra- und suprarenal, Karotischirurgie, periphere Bypasschirurgie, Venenchirurgie) und versorgt Patienten mit einem Case Mix Index, der deutlich über dem Landesdurchschnitt liegt. Ähnlich wie in der Neurochirurgie handelt es sich hier häufig um sehr komplexe und lang dauernde Eingriffe, die einen besonders hohen anästhesiologischen Aufwand, sowohl personell (teilweise doppelte

Anästhesiearzt-Besetzung) als auch apparativ und finanziell (invasives Monitoring, teilweise inkl. Pulmonalarterienkatheter, maschinelle Autotransfusion, differenzierte Hämotherapie, anschließende Intensivtherapie etc.) bedingen. Aufgrund der vielfältigen Begleiterkrankungen in Kombination mit einem großen operativen Eingriff müssen die Patienten postoperativ häufig auf der anästhesiologischen Intensivstation überwacht und therapiert werden.

LAPAROSKOPISCHE OPERATIONEN

Praktisch alle Gallenblasenoperationen, Appendektomien, sowie Leistenhernien-Operationen werden laparoskopisch durchgeführt. Diese OP-Technik ermöglicht eine rasche postoperative Erholung der Patienten, was durch unser Fast-Track-Anästhesiekonzept optimal unterstützt wird.

NARKOSEN FÜR EINGRIFFE DER INTERVENTIONELLEN RADIOLOGIE UND DER INTERVENTIONELLEN KARDIOLOGIE:

Außerhalb der Operationssäle stellen wir die Durchführung von anästhesiologischen Leistungen für die Radiologie (Vertebro-, Kyphoplastien, zerebrale Panangiographie, Coiling) und für die Kardiologie (ICD-Implantation, biventrikuläre Schrittmachersysteme) unter hohem organisatorischen und technischen Aufwand sicher. Die Narkoseführung setzt hier eine sehr hohe fachliche Kompetenz voraus (Facharztstandard) und ist sowohl technisch als auch finanziell sehr aufwendig.

GEBURTSHILFE

Im Bereich der Geburtshilfe wurden 2005 insgesamt 785 Entbindungen durchgeführt. Dabei erhielten 15,3% (n=120) aller Gebärenden einen Periduralkatheter (PDK) zur Geburtserleichterung; bei 29% (n=228) aller Entbindungen wurde eine Sectio caesarea durchgeführt. Insgesamt 76,8% aller Sectiones (n=175) wurden in Regionalanästhesie durchgeführt, fast alle primären Sectiones in Spinalanästhesie und die meisten Sectiones bei Frauen, die bereits zur Geburtserleichterung einen PDK haben, in Periduralanästhesie (PDA).

Die geburtshilflichen Periduralanästhesien werden direkt in einem der drei Kreißsäle unter adäquatem Monitoring (EKG, nicht-invasive Blutdruckmessung, Pulsoxymetrie) angelegt. Alle Patientinnen erhalten vorher einen sicheren intravenösen Zugang; der Periduralkatheter wird mit 0,2% Ropivacain plus 10 ug Sufentanil primär beschickt (maximal 30 ug Sufentanil pro Tag). Die Periduralanästhesie wird anschließend kontinuierlich über eine Spritzenpumpe fortgeführt. Durchführung und Dosierung werden durch eine spezielle „Standard Operating Procedure“ (SOP) geregelt.

Die Versorgung des Neugeborenen nach Kaiserschnittentbindung oder in Notfällen gehört ebenfalls zu den Aufgaben der Klinik für Anästhesiologie und operative Intensivmedizin. Da die Neugeborenenversorgung sehr zeitkritisch sein kann und – insbesondere bei der Neugeborenen-Wiederbelebung – auch ein höchstes Maß an fachlicher Qualifikation verlangt, wird in allen Fällen der Grundsatz „Ein Patient, ein Arzt“ beachtet. Das heißt konkret, dass bei jeder Kaiserschnittentbindung neben dem bei der Mutter narkoseführenden Anästhesisten zusätzlich der dienst-

habende Anästhesie-Oberarzt anwesend sein muss, der dann die Aufgaben der Neugeborenenversorgung/Neugeborenen-Wiederbelebung wahrnimmt.

VERSORGUNG VON NOTFALL-PATIENTEN

Das St.-Marien-Hospital Lünen ist als Schwerpunktkrankenhaus wesentlich in die Notfallversorgung der Region „rund um die Uhr" eingebunden. Durch die Fächerkombination „Unfallchirurgie" und „Neurochirurgie" erfolgt eine breite Notfallversorgung schwer erkrankter oder verletzter Patienten (inkl. Polytrauma); gleichzeitig führen auch die Kliniken für Gefäßchirurgie, Allgemein- und Abdominalchirurgie sowie die Geburtshilfe eine sehr aktive Notfallversorgung „rund um die Uhr" durch, teilweise mit deutlich überregionalem Einzugsgebiet. Konsequenterweise ist die Arbeitsbelastung der diensthabenden Ärzte hoch, sodass diese nach einem 24-h-Dienst gesetzeskonform nach Hause gehen. Darüber hinaus erfordert die oben dargestellte Patientenversorgung inkl. Notfallversorgung die kontinuierliche Anwesenheit von speziell qualifizierten Anästhesieärzten auf der operativen Intensivstation; folgerichtig erfolgt die ärztliche Betreuung auf der operativen Intensivstation des St.-Marien-Hospitals Lünen im durchgehenden Schichtdienst.

ALLGEMEINANÄSTHESIE

Wir verwenden bedarfsadaptiert alle modernen intravenösen Anästhetika (Propofol, Etomidat, Ketamin), Opioide (Remifentanil, Sufentanil, Fentanyl) und Inhalationsanästhetika (Desfluran, Sevofluran, Isofluran). Im gynäkologischen OP werden zur Prophylaxe von postoperativer Übelkeit und Erbrechen (PONV) regelhaft total-intravenöse Anästhesien (TIVA) durchgeführt, da Frauen per se ein höheres Risiko für PONV haben. Im neurochirurgischen OP werden bei intrakraniellen Eingriffen ebenfalls nur TIVAs angewandt. In allen anderen OP-Sälen werden die Eingriffe in balancierter Anästhesie, ggf. in Kombination mit einer peripheren Nervenblockade, mit einer Periduralanästhesie oder in reiner rückenmarknaher Regionalanästhesie durchgeführt. Die Narkosen werden im Sinne eines „Fast-Track-Konzepts" durchgeführt. Zur Prämedikation werden keine starkwirksamen Benzodiazepine (wie Rohypnol) verwendet, sondern meistens Diazepam in niedriger Dosierung. Die Narkose wird üblicherweise mit einer geringen Menge Fentanyl und einem intravenösen Hypnotikum (Etomidat, Propofol) eingeleitet; die Sicherung der Atemwege erfolgt je nach OP und Patientenstatus mit einem Tubus oder einer Larynxmaske. Im Sinne einer „Opioid-basierten Anästhesie" wird die Narkose mit einem Remifentanil-Perfusor gesteuert; Propofol oder ein volatiles Anästhetikum (Desfluran oder Sevofuran im Minimal-Flow-Verfahren) dienen zur Hypnose. Die postoperative Analgesie erfolgt regelhaft balanciert mit einer Kombination aus einem Opioid und einem Nichtopioid-Analgetikum. Die Patienten sind mit diesem Anästhesieverfahren direkt postoperativ wach, zeigen gute Schutzreflexe und stabile Vitalparameter. Im Aufwachraum dürfen die Patienten nach kürzeren Eingriffen sofort trinken, spätestens jedoch bei Entlassung aus dem Aufwachraum, sofern keine operativen Kontraindikationen bestehen.

Eine weiteres postoperatives Fasten wird damit vermieden. Falls notwendig werden im Aufwachraum weitere Analgetika verabreicht.

REGIONALANÄSTHESIE

Etwa 15% unserer Anästhesien werden in Regionalanästhesie durchgeführt, etwa acht% der Eingriffe in kombinierter Allgemeinanästhesie mit Regionalanästhesie.
Folgende Verfahren kommen überwiegend zur Anwendung:

- Spinalanästhesie,
- Periduralanästhesie (lumbal und thorakal, in der Regel als Katheterverfahren),
- interskalenäre Plexusanästhesie (mit Nervenstimulation, single shot oder Katheter),
- axilläre Plexusanästhesie (mit Nervenstimulation, single shot oder Katheter),
- Nervus femoralis-Blockade (mit Nervenstimulation, single shot oder Katheter),
- Ischiadikusblockade (mit Nervenstimulation, single shot),
- Fußblock.

Postoperative Schmerztherapie und Prophylaxe von postoperativer Übelkeit/Erbrechen.
Folgende Analgetika werden zur postoperativen Schmerztherapie eingesetzt: Piritramid, Ketamin, Paracetamol i.v., Diclofenac Supp. und Metamizol. Zur antiemetischen Prophylaxe/Therapie werden Dexamethason, Metoclopramid (ca. 0,3 mg/kg) sowie ggf. Dolasetron eingesetzt.

KOMBINATIONEN

In kombinierter Narkose/Regionalanästhesie werden vor allem folgende Operationen durchgeführt:
ITN plus PDA: große abdominalchirurgische Eingriffe, große gynäkologische und urologische Operationen,
ITN plus N. femoralis-Katheter: Hüft-Endoprothetik,
ITN plus N. femoralis-Katheter und N. ischiadikus-Block: Knie-Endoprothetik,
ITN plus interskalenäre Plexusanästhesie: alle Schulteroperationen.

MONITORING

Alle Patienten werden intraoperativ mit folgendem Monitoring versehen:
EKG, Pulsoxymetrie, automatische noninvasive Blutdruckmessung.
Alle Vollnarkose-Patienten erhalten in der Einleitung und im OP minimal folgendes Monitoring: EKG, Kapnometrie/-graphie, Narkosegasmonitoring (in- und exspiratorisch), Pulsoxymetrie, automatische noninvasive Blutdruckmessung, Temperaturmessung, am Ende der OP Relaxometrie.

Alle Vollnarkose-Patienten mit größeren Eingriffen oder hohem Gefährdungsgrad erhalten in der Einleitung und im OP üblicherweise folgendes Monitoring: EKG, Kapnometrie/-graphie, Narkosegasmonitoring (in- und exspiratorisch), Pulsoxymetrie, automatische noninvasive Blutdruckmessung oder invasive Blutdruckmessung, zentraler Venendruck, evtl. Pulmonalisdrücke, PCWP und Herzzeitvolumen, Stundenurin über transurethralen Dauerkatheter, Temperaturmessung, am Ende der OP Relaxometrie.
Die Patienten kommen postoperativ in den Aufwachraum. Der zentrale Aufwachraum hat elf Stellplätze. Auf allen AWR-Plätzen ist folgendes Monitoring möglich: EKG, Atemfrequenzmessung, Pulsoxymetrie, automatische noninvasive Blutdruckmessung, invasive Druckmessung.
Zusätzlich verfügt die Klinik für Anästhesiologie und operative Intensivmedizin über sechs Systeme zur Messung der Narkosetiefe, zweimal BIS (Bispektrale Indexanalyse), dreimal Narcotrend und einmal Entropie-Modul. Diese Technik wird regelhaft bei allen Patienten eingesetzt, die eine totale intravenöse Anästhesie erhalten, weiterhin bei folgenden Indikationen: Patient während der OP vollständig abgedeckt, Awareness-Anamnese, OP in Bauchlage, Patienten oder Eingriffe mit erheblicher hämodynamischer Instabilität.

INTENSIVMEDIZIN

Die operative 14-Betten-Intensivtherapiestation steht unter anästhesiologischer organisatorischer und medizinischer Leitung. Die Behandlung der Patienten erfolgt dabei in enger Zusammenarbeit mit den für die Grunderkrankung des Patienten zuständigen Ärzten. Im Jahr 2005 wurden 1.086 Patienten auf der operativen Intensivstation behandelt, die durchschnittliche Liegedauer betrug 3,48 Tage. Insgesamt 220 Patienten wurden davon beatmet, wobei 23.367 Beatmungsstunden erbracht wurden.
Insbesondere werden auf der operativen Intensivstation behandelt:
Neurochirurgische Patienten nach Kraniotomien und großen Wirbelsäulenoperationen, mit SAB und intrakraniellen Blutungen,
Schwerverletzte und polytraumatisierte Patienten (Extremitäten-, Abdominal- und Schädel-Hirn-Trauma),
Gefäßchirurgische Patienten nach Aortenchirurgie (infra- und suprarenal), Karotischirurgie sowie bei hohem Risikoprofil,
Unfallchirurgische Patienten nach Trauma (s. o.) sowie nach großer Endoprothetik,
Allgemeinchirurgische Patienten nach großen abdominellen Eingriffen, Gynäkologische und urologische Patienten (Wertheim-OP, Zystektomie, Prostatektomie, etc.),Patienten mit schwerer Sepsis und Notfallpatienten aller Fachdisziplinen im Hause.

BEHANDLUNGSVERFAHREN

Es werden alle modernen intensivmedizinischen Behandlungsverfahren eingesetzt, wobei ein Teil der Behandlungsverfahren über intensivmedizinische SOPs abgebildet ist, die für die Mitarbeiter u. a. im Intranet zur Verfügung stehen.

Invasive und non-invasive Beatmung. Eine maschinelle Beatmung ist auf allen 14 Plätzen der Intensivstation möglich; regelhaft werden druckkontrollierte Beatmungsverfahren (BIPAP und ASB) angewandt.

Kardiozirkulatorische Unterstützung. Hierfür stehen die verschiedenen Katecholamine, Vasopressin sowie Phosphodiesterasehemmer (PDE-III-Hemmer) zur Verfügung; das invasive hämodynamische Monitoring erfolgt mittels PICCO oder Pulmonalarterienkatheter.

Antibiotikatherapie. Die Antibiotikatherapie erfolgt nach den aktuellen Empfehlungen der Paul-Ehrlich-Gesellschaft.

Nierenersatztherapie. Beim akuten Nierenversagen kann sowohl eine kontinuierliche venovenöse Hämofiltration (durch uns) oder eine Hämodialysebehandlung (durch die nephrologische Fachpraxis Dr. Schumann/Dr. Meiners, Lünen-Brambauer) durchgeführt werden.

Ernährungstherapie. Die Patienten auf unserer Intensivstation werden so früh wie möglich enteral ernährt; nur wenn dies nicht möglich ist, erfolgt eine parenterale Ernährung. Für die enterale und parenterale Ernährungstherapie sind Leitlinien auf der Intensivstation implementiert worden.

Monitoring. Alle unsere Patienten erhalten auf der Intensivstation folgendes Monitoring: EKG, Pulsoxymetrie, automatische noninvasive Blutdruckmessung. Alle Patienten mit Störungen der Vitalfunktionen erhalten zusätzlich eine invasive Blutdruckmessung (meist über einen A.-radialis-Katheter) sowie einen zentralen Venenkatheter. Bei Patienten mit instabilen Kreislaufverhältnissen und erhöhtem Katecholaminbedarf wird das Monitoring um eine PICCO-Messung (Pulskonturanalyse) erweitert, um gezielte Informationen über die Herzleistung, den Volumenstatus im pulmonalen System und die peripheren Widerstandswerte zu erhalten; alternativ wird ein Pulmonaliskatheter angewandt. Patienten mit intrakraniellen Raumforderungen oder nach Schädel-Hirn-Trauma werden mittels Hirndruckmessung sowie mit Kapnometrie überwacht.

NOTFALLMEDIZIN

Rettungshubschrauber Der am St.-Marien-Hospital stationierte RTH Christoph 8 wird ärztlich ausschließlich durch Mitarbeiter der Klinik für Anästhesiologie und operative Intensivmedizin besetzt. Alle RTH-Notärzte besitzen die Facharztqualifikation oder befinden sich im letzten Weiterbildungsabschnitt. Piloten und Hubschrauber (BO 105 CBS5) wurden bis zum 31.03.2005 von der Fliegerstaffel West des Bundesgrenzschutzes gestellt. Seit dem 01.04.2005 wird die Luftrettungsstation von der ADAC Luftrettung GmbH betrieben, als Hubschrauber wird eine EC 135 eingesetzt. Die Rettungsassistenten stellt weiterhin das Deutsche Roten Kreuz in Lünen. Im Jahr 2005 wurden insgesamt 1.044 Rettungseinsätze geflogen; damit gehört die Luftrettungstation am St.-Marien-Hospital Lünen zu den gut ausgelasteten RTH-Zentren im Bundesgebiet.

Innerklinischer Notruf Die Organisation und Durchführung innerklinischer Reanimationsmaßnahmen obliegt ebenfalls der Klinik für Anästhesiologie und operative Intensivmedizin. Die Reanimation erfolgt nach den aktuellen Empfehlungen des European Resuscitation Council.
Der innerklinische Notruf „6666“ wird über die Patientenrufanlage oder das Stationstelefon beim „Com-Center“ ausgelöst. Das Com-Center alarmiert das Reanimationsteam auf der Intensivstation, das aus dem diensthabenden Intensivarzt und einer Fachpflegeperson besteht.

EIGENBLUTSPENDE

Die Organisation und Durchführung von Eigenblutspenden liegt in den Händen der Klinik für Anästhesiologie und operative Intensivmedizin. Die Aufklärung der Patienten über die Möglichkeit zur Eigenblutspende übernehmen die chirurgischen Kollegen im Rahmen ihrer Vorbereitungsgespräche zur OP. Die Eigenblutentnahme erfolgt durch einen Facharzt für Anästhesiologie mit spezieller Weiterbildung und eine Fachpflegeperson; die weitere Aufbereitung, Blutgruppenbestimmung, der Antikörpersuchtest und das serologische Infektionsscreening werden beim DRK-Blutspendedienst in Münster durchgeführt. Die Eigenblutentnahme wurde aufgrund der immer geringeren Nachfrage zum 30.09.2005 ausgesetzt.

3.5. PLANBETTEN

Die Klinik für Anästhesiologie und operative Intensivmedizin leitet die operative Intensivstation mit 14 Intensivbetten.

4. TECHNISCHE AUSSTATTUNG

ANÄSTHESIE

EINLEITUNGSRÄUME IM ZENTRAL-OP

Alle Einleitungsräume sind mit einem Monitorsystem von Datex-Ohmeda (EKG, Pulsoxymetrie, nicht-invasive Blutdruckmessung, zweimal invasive Druckmessung, Kapnometrie) ausgestattet. Als Narkosekreisteil dient in den Sälen 1-4 und in Saal 7 ein Dräger Trajan Wandnarkosegerät, in den Sälen 5 und 6 ein Dräger Julian Plus. Als Spritzenpumpen werden Braun FM-Perfusoren oder Alaris-Perfusoren verwendet.

OP-SÄLE IM ZENTRAL-OP

Alle Säle sind mit dem Monitoringsystem von Datex Ohmeda ausgestattet mit 3- und 5-Kanal-EKG, Pulsoxymetrie, nicht-invasiver Blutdruckmessung, invasiver Druckmessung (drei Drücke), Kapnometrie, Temperaturmessung und HZV-Messung ausgestattet. Als Beatmungsgerät dient ein Dräger Cato in Saal 1-4 und Saal 7; in Saal 5 und 6 ein Dräger Primus. Weiterhin gibt es drei BIS-Module, zwei Narcotrend-Systeme und einen Datex-Entropie-Monitor zur Bestimmung der Narkosetiefe. Jeder Saal hält ein Wärmetherapiegerät (WarmTouch) sowie ein Relaxometer vor.

AUFWACHRAUM

Die elf Überwachungsplätze im Aufwachraum des Zentral-OP sind mit einem Monitorsystem von Datex Ohmeda ausgestattet: EKG, Pulsoxymetrie, nicht-invasiver und invasiver Blutdruckmessung sowie Temperaturmessung. Des Weiteren steht hier das Blutgasanalyse-Gerät (Radiometer) für den OP. Alle Plätze verfügen über einen eigenen Sauerstoffwandanschluss und der Möglichkeit der Sauerstoffinsufflation über Nasensonde oder Maske.

ZUSÄTZLICH WERDEN IM ZENTRAL-OP FOLGENDE GERÄTE VORGEHALTEN

Notfallwagen „schwieriger Atemweg“ mit flexiblem Bronchoskop zur fiberoptischen Intubation oder Bronchoskopie,
speziell ausgerüsteter Narkosewagen für Säuglinge und Kleinkinder,
Defibrillator,
Evita 2 dura-Beatmungsgerät zur Nachbeatmung im Aufwachraum,
Notfall-Transfusionsgerät „Level 1“,
Fresh-Frozen-Plasma-Kühlschrank mit Temperaturschreiber.

SCHOCKRAUM

Als Narkosebeatmungsgerät kommt ein Sulla 808V mit Ventilog zur Anwendung. Als Monitor wird ein transportables System von Hellige (EKG, Pulsoxymetrie, Kapnometrie, nicht-invasiver Blutdruck, invasiver Druck) verwendet.

INTENSIVSTATION

Die Intensivstation hat 14 Therapieplätze. Jeder Platz ist mit einem Monitoringsystem von Hellige (EKG, Pulsoxymetrie, nicht-invasiver Blutdruck, invasiver Druck (zwei Drücke), Temperaturmessung) ausgestattet. Als Intensivrespiratoren dienen Dräger EVITA 4. Zur nicht-invasiven Beatmung existiert ein BiPAP-Vision-Gerät. Alle Plätze verfügen über einen HF-CPAP zum Atemtraining. Wir nutzen des Weiteren einen Hämofilter der Firma Fresenius, der bei uns meist im CVVH-Modus eingesetzt wird,

5. QUALITÄTSSICHERUNG
5.1. STRUKTUREN & ORGANISATION

FOA Dr. med. Stefan Röhrig ist als Oberarzt für Qualitätsmanagement der Qualitätsbeauftragte der Klinik für Anästhesiologie und operative Intensivmedizin.

5.2. METHODEN & DEFINIERTE VERFAHREN

Im Dezember 2002 wurde im St.-Marien-Hospital das „Qualitätsmanagementhandbuch für die klinische Anwendung von Blutkomponenten und Plasmaderivaten“ erstellt und implementiert. Die letzte Revision fand im Oktober 2005 statt, um den veränderten gesetzlichen Bestimmungen und personellen Voraussetzungen gerecht zu werden.

Die operative Intensivstation A9 wird im Drei-Schichtmodell geführt. Somit ist ständig ein Intensivarzt auf der Station anwesend.

Um eine hohe Behandlungsqualität zu sichern, findet jeden Morgen in der Zeit von 7.15 Uhr – 7.35 Uhr die Intensivvisite statt (Chefarzt, Oberärzte, Intensivarzt der Nachtschicht, Intensivarzt der Tagschicht, Intensivpflegeleitung). Eine zweite Visite findet am Nachmittag zwischen 15.00 Uhr und 18.00 Uhr statt, eine dritte bei Schichtwechsel um 23.00 Uhr.

Es werden Standards (SOPs) für die Prozessqualität auf der Intensivstation eingehalten (Ernährungstherapie, Antibiotikatherapie, Analgosedierung durch Score-Systeme, etc.).

Der Chefarzt der Klinik für Anästhesiologie und operative Intensivmedizin ist der Haupt-OP-Koordinator vor Ort; ihm steht der diensthabende Anästhesie-Oberarzt zur Seite.

Jeden Montag in der Zeit von 16.00 Uhr – 16.45 Uhr findet die wöchentliche Konferenz der Klinik für Anästhesiologie und operative Intensivmedizin statt. Es werden Themen aus dem gesamten Gebiet der Anästhesiologie, Intensivmedizin, Notfallmedizin und Schmerztherapie sowie aus Nachbargebieten vorgestellt und diskutiert; die Veranstaltung dient auch als Zwischenfallskonferenz. Die Klinikkonferenz ist am ersten und dritten Montag eines Monats im Fortbildungskalender der Ärztekammer Westfalen-Lippe ausgewiesen und mit Fortbildungspunkten zertifiziert.

5.3. PROZESSE
5.3.1. PATIENTENVERSORGUNG
5.3.1.1. ALLGEMEINE INFORMATIONEN

FAST-TRACK-ANÄSTHESIE-KONZEPT

Moderne Operations- und Anästhesietechniken ermöglichen heute, dass viele Patienten nach einem operativen Eingriff möglichst rasch, schmerzfrei und eigenständig in das häusliche Umfeld entlassen werden können. Die EDV-gestützte Zeiterfassung im OP sowie postoperative Visiten bei den Patienten werden ausgewertet, um Daten zur Größe der Zeitkontingente und Patientenzufriedenheit zu erstellen.

OP-PLANUNG

Die OP-Planung erfolgt nach Eingang der OP-Pläne der verschiedenen Abteilungen im Sekretariat der Klinik für Anästhesiologie und operative Intensivmedizin durch den Chefarzt.

PRÄOPERATIVE VISITE UND AUFKLÄRUNG

Alle Patienten werden präoperativ von einem Anästhesiearzt untersucht und aufgeklärt. Die von der DGAI empfohlenen Prämedikations-/Anamnesebögen dienen hierbei als Orientierungshilfe. Auf der Grundlage dieser Bögen erfolgt auch die Anästhesieaufklärung gemäß den Empfehlungen der DGAI (sog. Stufenaufklärung nach Weissauer).

ANÄSTHESIEEINLEITUNG

Vor jeder Narkoseeinleitung erfolgt durch den zuständigen Anästhesisten eine strukturierte Befragung, um Verwechselungen zu vermeiden: Person (Name, Vorname, Geburtsdatum, evtl. Wohnort), Art und Umfang des Eingriffs, zu operierende Seite, Allergien, Nüchternheitsstatus.

NOTSECTIO

Die Durchführung einer Notsectio innerhalb von zehn Minuten ist 24h am Tag gewährleistet. Über den diensthabenden Oberarzt der Klinik für Anästhesiologie und operative Intensivmedizin ist jederzeit – auch tagsüber während der Regelarbeitszeit – ein fachärztlich geführtes Anästhesieteam verfügbar. Die Neugeborenenversorgung erfolgt bei Sectiones ebenfalls durch die Klinik für Anästhesiologie und operative Intensivmedizin.

MALIGNE HYPERTHERMIE

Zur Therapie der malignen Hyperthermie wird die notwendige Menge Dantrolen im Zentral-OP vorgehalten.

SCHWIERIGER ATEMWEG

Im OP wird ein Notfallwagen „schwieriger Atemweg“ vorgehalten, in dem folgende Hilfsmittel vorhanden sind: „Gum elastic bougie“, Bronchoskop zur fiberoptischen Intubation, Intubationslarynxmasken (Fastrach), ösophagotrachealer Kombitubus vom Typ „Easytube“, Koniotomiebesteck, „Cook Airway Exchange Katheter“

RÜCKENMARKNAHE REGIONALANÄSTHESIEN

Bei der Durchführung rückenmarknaher Regionalanästhesien wird die überarbeitete Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin von 2003 angewandt.
Detallierte Informationen zu den einzelnen Bereichen der Patientenversorgung finden Sie im Qualitätsbericht 2004.

5.3.1.2. PROJEKTE IN 2005

5.3.1.2.1. AUFBAU EINES KONZEPTES ZUR PERIPHEREN REGIONALANÄSTHESIE

Als Ergebniss der Arbeitsgruppe „Regionalanästhesie“ (Priv.-Doz. Dr. Wilhelm, Ltd. Oberarzt Dr. Bernhardt, Dr. Burrichter) wurde ein Konzept zur peripheren Regionalanästhesie ausgearbeitet und umgesetzt. Als Durchführungsanweisungen wurden SOPs (**S**tandard **O**perating **P**rocedure) erstellt. Weiterhin werden wir ein überregionales Symposium mit Workshop mit dem Titel „Regionalanästhesie 2006 – Optimierte Techniken, Tipps und Tricks“ am 24./25.04.2006 durchführen.

5.3.2.1.2. ERSTELLUNG UND IMPLEMENTIERUNG VON SOPS ZUM THEMA SEPSIS, ENTERALE ERNÄHRUNG UND ANLAGOSEDIERUNG IN DER INTENSIVMEDIZIN

Auf Basis der aktuellen Datenlage haben wir definitive Arbeitsanweisungen (SOPs) zu den o.g. Themenschwerpunkten erstellt und in Kraft gesetzt.

5.3.2.1.3. EINFÜHRUNG DER KONTINUIERLICHEN PERIDURALANÄSTHESIE (PDA) ZUR GEBURTSHILFLICHEN SCHMERZTHERAPIE

Nachdem die Periduralanästhesie mit Bolusgaben durch unsere Klinik seit Jahren ein fester Bestandteil der geburtshilflichen Schmerztherapie ist, haben wir ein Konzept zur Durchführung der kontinuierlichen PDA in der Geburtshilfe eingeführt. Unter der Federführung von Herrn OA Dr. Kulaga wurde ein Konzept mit der Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe (Chefärzte: Dres. Romann und Ermer) entwickelt und umgesetzt, um eine noch bessere Schmerzbekämpfung bei hoher Patientensicherheit zu gewährleisten. Zur Zeit werden Perfusoren verwendet, die von den Hebammen überwacht werden. Die genaue Durchführung wird durch SOPs geregelt. In Zukunft sollen Spritzenpumpen die Perfusoren ersetzen um die PDA im Sinne einer PCEA (Patientenkontrollierte Epiduralanalgesie) durchführen zu können.

5.3.2. MITARBEITER
5.3.2.1. ALLGEMEINE INFORMATIONEN

Die Einteilung zu den Narkosen erfolgt durch den Chefarzt der Klinik oder seinen Stellvertreter am Vortag der Operation unter Berücksichtigung der Qualifikation des Mitarbeiters und den anästhesiologischen Anforderungen durch den Krankheitszustand des Patienten und die Art des Eingriffs.

FORT- UND WEITERBILDUNG

Alle Mitarbeiter werden nach den Empfehlungen der DGAI weiter- und fortgebildet. Diesem Zweck dient die regelmäßige anästhesiologische Frühbesprechung (jeden Morgen um 7.40 Uhr) sowie die Klinikskonferenz (jeden Montag 16.00 Uhr – 16.45 Uhr). Darüber hinaus werden für die Mitarbeiter in Weiterbildung regelmäßige Evaluationsgespräche durchgeführt, um neben den praktischen Fähigkeiten auch einen kontinuierlichen theoretischen Wissenszuwachs sicherzustellen.

5.3.2.2. PROJEKTE IN 2005
5.3.2.2.1 DURCHFÜHRUNG DES SYMPOSIUMS MIT KLINISCHER HOSPITATION „INTENSIVMEDIZIN UPDATE 2005 - SURVIVING SEPSIS CAMPAIGN“ AM 20./21.JUNI 2005 IN LÜNEN

Das überregionale Symposium wurde von ca. 130 Teilnehmern besucht. Die teils aus dem angrenzenden Ausland stammenden renommierten Referenten stellten die aktuelle Datenlage umfassend dar und gaben zielgerichtete Therapieempfehlungen. Am 2. Tag wurden die Therapieoptionen im Rahmen einer großen Intensivvisite praxisnah dargestellt. Diese Veranstaltung wurde von der Ärztekammer Westfalen-Lippe mit insgesamt 12 Fortbildungspunkten bewertet.

5.3.3. SICHERHEIT UND UMWELT
5.3.3.1. ALLGEMEINE INFORMATIONEN

Der Betrieb von Anlagen und Geräten in der Anästhesiologie und Intensivmedizin erfolgt nach den Maßgaben des MPG in enger Zusammenarbeit mit der technischen Abteilung unseres Hauses. MPG-Beauftragte der Klinik für Anästhesiologie und operative Intensivmedizin sind der Ltd. OA der Klinik, Herr Dr. T. Bernhardt, Herr Dr. med. F. Gegenmantel sowie der Leitende Pfleger der Intensivstation, Herr F. Leicht.

5.3.3.2. PROJEKTE IN 2005

Keine neuen Projekte im Berichtsjahr

5.3.4. DATENSCHUTZ & DATENSICHERHEIT

5.3.4.1. ALLGEMEINE INFORMATIONEN

Der Umgang mit persönlichen Daten unserer Patienten und der Mitarbeiter erfolgt in Abstimmung mit dem Datenschutzbeauftragten des Hauses, Herrn Ritter. Anfragen nach datensicherheitsrelevanten Patientenunterlagen werden, was unsere Klinik betrifft, zentral über das Sekretariat der Klinik für Anästhesiologie und operative Intensivmedizin abgewickelt.

5.3.4.2. PROJEKTE IN 2005

Keine neuen Projekte im Berichtsjahr

5.3.5. ORGANISATION, FÜHREN & LEITEN

5.3.5.1. ALLGEMEINE INFORMATIONEN

Die Dienstplangestaltung erfolgt in der Planung entsprechend der gesetzlichen Anforderungen zur Einhaltung des Arbeitszeitgesetzes; eine Überprüfung diesbezüglich erfolgt durch die Personalabteilung. Die Urlaubsplanung erfolgt im Herbst des Vorjahres für das kommende Kalenderjahr.

5.3.5.2. PROJEKTE 2005

Keine Projekte im Berichtsjahr.

5.3.6. EXTERNE BEZIEHUNGEN & NETZWERKE

5.3.6.1. ALLGEMEINE INFORMATIONEN

Seit 2001 findet ein Austausch von Fachärzten unserer Klinik mit der Klinik für Anästhesie und Intensivmedizin des St.-Johannes-Hospital Dortmund statt. Die Dauer des Wechsels beträgt sechs Monate. Das St.-Johannes-Hospital verfügt über eine große Herz-Thorax-Chirurgische Abteilung. Unsere Anästhesisten werden schwerpunktmäßig in der Kardioanästhesie eingesetzt. Die Anästhesisten werden im St.-Marien-Hospital für die Zeit ohne Erhalt von Bezügen beurlaubt und erhalten einen Dienstvertrag vom St.-Johannes-Hospital für sechs Monate. Ebenso ist es bei den ärztlichen Kollegen des St.-Johannes-Hospital geregelt. Da das St.-Johannes Hospital keine neurochirurgische oder unfallchirurgische Abteilung besitzt, werden die Kollegen in unserer Klinik schwerpunktmäßig in den neurochirurgischen und unfallchirurgischen OP-Sälen eingesetzt. Des Weiteren tun sie Dienst auf dem RTH und bilden sich im Bereich der Polytraumaversorgung fort.

5.3.6.2. PROJEKTE IN 2005

5.3.6.2.1. ERWEITERUNG DES AUSTAUSCHPROGRAMMS MIT DEM ST.-JOHANNES-HOSPITAL DORTMUND

Da das Austauschprogramm von beiden Kliniken als sehr positiv bewertet wurde, haben wir die Gruppe der Austauschkandidaten um die Ärzte in fortgeschrittener anästhesiologischer Weiterbildung erweitert. Im Rahmen der Facharztweiterbildung sind sowohl Anästhesien bei Thoraxeingriffen als auch bei intrakraniellen Eingriffen gefordert, die durch diesen Austausch gewährleistet werden können.

5.3.7. EXTERNE QUALITÄTSSICHERUNG, VERGLEICHE & BENCHMARKING

5.3.7.1. ALLGEMEINE INFORMATIONEN

Das auf der Intensivstation befindliche BGA-Gerät nimmt an den Ringversuchen der Deutschen Gesellschaft für Klinische Chemie statt.
Im Rahmen der Abrechnung von Fallpauschalen nimmt das Haus an den hierfür vorgeschriebenen Qualitätssicherungsmaßnahmen teil. Die hierfür erforderlichen Eingaben werden durch den die Grundkrankheit behandelnden Arzt in einem dialogbasierten EDV-System durchgeführt.

5.3.7.2. PROJEKTE IN 2005

Keine Projekte im Berichtsjahr

5.3.8. CONTROLLING, INVESTITIONS- & FINANZMANAGEMENT

5.3.8.1. ALLGEMEINE INFORMATIONEN

Investitionen werden über den jährlich aktualisierten Investitionsplan des Hauses geplant und im Direktorium nach Anhörung priorisiert. Für die Klinik für Anästhesiologie und operative Intensivmedizin existiert ein Budget, das für die Ausgaben im laufenden Jahr zugrunde gelegt wird. Der Arzneimittelverbrauch wird im Rahmen einer ABC-Analyse monatlich transparent gemacht.

5.3.8.2. PROJEKTE IN 2005

Keine Projekte im Berichtsjahr

5.3.9. EINKAUFMANAGEMENT & LOGISTIK

5.3.9.1. ALLGEMEINE INFORMATIONEN

Mitarbeiter der Abteilung sichten regelmäßig Geräte und Verbrauchsmaterialien und beraten die Apotheke und den Einkauf, um kostengünstige Lösungen zu finden. Im vergangenen Jahr konnten relevante Einsparungen durch diese Maßnahmen erreicht werden.

5.3.9.2. PROJEKTE IN 2005

Auf der operativen Intensivstation werden durch den Ltd. Oberarzt Dr. Bernhardt und den Ltd. Intensivpfleger Hr. Leicht Informationen auf der Basis der Preisliste von Verbrauchsmaterialien an die ärztlichen und pflegerischen Mitarbeiter weitergegeben um Einsparungen zu realisieren.

6. WEITERGEHENDE INFORMATIONEN

DAS KLINIKSEKRETARIAT

Die Klinik für Anästhesiologie und operative Intensivmedizin am St.-Marien-Hospital Lünen ist interdisziplinär ausgerichtet und hat im Hause vielfältige organisatorische Aufgaben übernommen, in die auch das Sekretariat eingebunden ist. Im Sekretariat sind Frau Langheld und Frau Heintze als Teilzeitkräfte tätig, die durch versetzten Dienst eine Erreichbarkeit deutlich über die Regelarbeitszeit hinaus gewährleisten. Neben den allgemeinen Sekretariatsarbeiten fallen folgende Aufgaben an:

Organisation unserer Prämedikationsambulanz: Vorbereitung von Prämedikationsprotokollen, Telefonate zur Akquirierung von fehlenden Unterlagen, Anrufe auf Stationen, bei niedergelassenen Ärzten etc..

Bearbeitung von Anästhesie- und Transfusionsprotokollen, Erfassung und Archivierung der Unterlagen.

Erstellung von Dienst- und Jahresurlaubsplänen, Koordination und Aktualisierung, Erfassung von Überstunden und Mehrarbeit für die Mitarbeiter, Überwachung und Pflege der Urlaubs- und Zeitkonten.

Leistungsabrechnung für die Wahlleistungspatienten in Zusammenarbeit mit der Abt. für Finanz- und Rechnungswesen am Hause, Überwachung der Zahlungseingänge, Schriftverkehr mit Versicherungen und Patienten.

Einbindung in Aufgaben des OP-Managements, unter anderem durch das Zusammenführen der verschiedenen Operationspläne, Abgleichen der Operationszeiten, Telefonate zur Vergabe von freien OP-Kapazitäten, Pflege der Saalnutzungspläne usw..

Ambulantes Operieren: Schriftverkehr und Telefonate für Patienten, die ambulant operiert werden müssen, Abgleich mit den verschiedenen beteiligten Fachabteilungen, Terminabsprachen mit Patienten und Hausärzten, Mitteilung an die Buchhaltung etc..

Akademisches Lehrkrankenhaus: Schriftverkehr und Telefonate mit der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster, Anlaufstelle für die Studierenden, Abgleich mit den verschiedenen beteiligten Fachabteilungen, Terminabsprachen etc..

7. SCHLÜSSELERGEBNISSE

Ärztliche Mitarbeiter	22 Arztstellen (1-6-15)
Anästhesieverfahren	8.346 Allgemein- und Regionalanästhesien
	Besonderheit: hoher Anteil von Hochrisikopatienten (insbesondere Neurochirurgie und Gefäßchirurgie)
Intensivstation	1.086 Fälle, davon 973 Beatmungsfälle
	durchschnittliche Liegedauer 3,48 Tage
	Besonderheit: Aufgrund der Fallzahl und Fallschwere durchgehend ärztlicher Schichtdienst erforderlich
RTH Christoph 8	1.044 Rettungseinsätze

8. ZUSAMMENFASSUNG & AUSBLICK

Die Klinik für Anästhesiologie und operative Intensivmedizin arbeitet interdisziplinär mit allen operativen und nicht-operativen Disziplinen unseres Hauses zusammen. Sie ermöglicht auf hohem qualitativen Niveau entsprechend den aktuellen Richtlinien, Leitlinien oder Empfehlungen der jeweiligen medizinischen Fachgesellschaften die erfolgreiche Patientenbehandlung in unserem Krankenhaus, insbesondere im OP, auf der Intensivstation sowie im Luftrettungsdienst. Die Leistungen werden präklinisch (Rettungshubschrauber Christoph 8), innerklinisch im stationären Bereich sowie im ambulanten Bereich erbracht.

9. CHRISTLICHKEIT, ETHIK UND SPIRITUALITÄT

Gerade als Intensiv- und Notfallmediziner sind die Ärzte der Klinik für Anästhesiologie und operative Intensivmedizin am St.-Marien-Hospital Lünen regelmäßig mit schwierigen Grenzentscheidungen des Lebens konfrontiert. Dabei erfolgt unser Handeln immer auf der Basis einer christlichen Weltanschauung und geleitet von einem humanitären Bild des ärztlichen Berufs. Der Patient steht für uns im Mittelpunkt, für Angehörige nehmen wir uns viel Zeit und begleiten sie durch alle schwierigen Phasen der Intensivtherapie, immer gemeinsam mit den Pflegenden der Station und unterstützt durch die Seelsorger im Hause. Besondere Zuwendung benötigen Angehörigen von Patienten, bei denen – meist plötzlich und unvermittelt – der Hirntod eingetreten ist. Wir befürworten die Organspende – mit Respekt vor dem Verstorbenen und dem Leid seiner Angehörigen.

ZUR TRANSFUSION VON BLUT UND BLUTPRODUKTEN

Die Ärzte des Klinik für Anästhesiologie und operative Intensivmedizin behandeln Patienten aller Kulturkreise und Glaubensgemeinschaften in gleicher Weise. Sollten einzelne Patienten für sich aus religiösen Gründen die Transfusion von Blut oder Blutbestandteilen ablehnen, so werden die Ärzte der Klinik für Anästhesiologie und operative Intensivmedizin versuchen, diesem Wunsch Rechnung zu tragen, soweit es nur irgendwie medizinisch vertretbar erscheint, gegebenenfalls auch unter Inkaufnahme gesundheitlicher Risiken für den Patienten. Sollte es allerdings bei einer Operation zu einer lebensbedrohlichen Blutung kommen, bei der nach Überzeugung des verantwortlichen Anästhesisten eine Lebensrettung des Patienten nur noch durch die Gabe von Blut oder Blutprodukten möglich erscheint, so entscheidet der verantwortliche Anästhesist nach seinem ärztlichen Gewissen und auf der Basis seiner christlichen Weltanschauung - dies beinhaltet auch die Transfusion von Blut und/oder Blutprodukten. Eine analoge Vorgehensweise gilt auch für die Patienten auf unserer Intensivstation.

VII-III APOTHEKE

1.	Vorwort	194
2.	Verfasser	194
3.	Basisinformationen	194
3.1.	Inhalte, Auftrag & Ziele	194
3.2.	Organisationsstrukturen, Leitung & Zuständigkeiten	195
3.3.	Personal	196
3.3.1.	Stellenplan & Qualifikationen	196
3.3.2.	Weiterbildungsermächtigung(en)	196
3.3.3.	Traineeprogramme, Praktika & Hospitationen	196
3.3.4.	Lehre, Forschung & Entwicklung	196
3.4.	Leistungsspektrum, Schwerpunkte & Serviceangebote	197
4.	Technische Ausstattung	198
5.	Qualitätssicherung	199
5.1.	Strukturen & Organisation	199
5.2.	Methoden & definierte Verfahren	199
5.3.	Prozesse	200
5.3.1.	Patientenversorgung	200
5.3.2.	Mitarbeiter	201
5.3.3.	Sicherheit & Umwelt	201
5.3.4.	Datenschutz & Datensicherheit	202
5.3.5.	Organisation, Führen & Leiten	203
5.3.6.	Externe Beziehungen & Netzwerke	204
5.3.7.	Externe Qualitätssicherung, Vergleiche & Benchmarking	205
5.3.8.	Controlling, Investitions- & Finanzmanagement	205
5.3.9.	Einkaufsmanagement & Logistik	206
6.	Weitergehende Informationen	207
7.	Schlüsselergebnisse	207
8.	Zusammenfassung & Ausblick	209

1. VORWORT

Die folgende Darstellung der Krankenhausapotheke ist Teil des Qualitätsberichtes 2005 des St.-Marien-Hospitals Lünen. Zugleich ist dieser Bericht Teil des abteilungsinternen Qualitäts-Management-Systems (QMS), das im Jahr 2003 zur Zertifizierung der Apotheke nach DIN EN ISO 9001:2000 durch die Apothekerkammer Westfalen-Lippe geführt hat.

2. VERFASSER

Bernd Scharfenkamp
Chefapotheker des St.-Marien-Hospitals Lünen.

3. BASISINFORMATIONEN

3.1. INHALTE, AUFTRAG & ZIELE

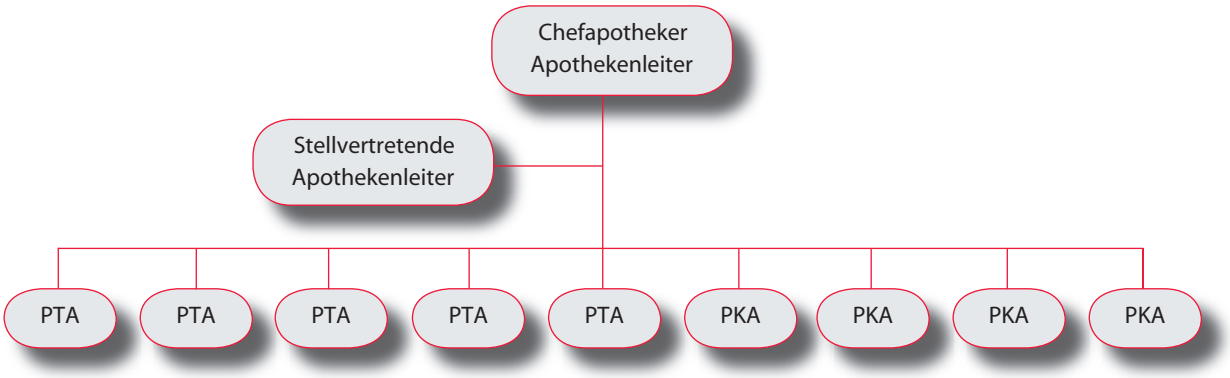
Die Apotheke versteht sich als eigenständige, fachkompetente Dienstleistungsabteilung für Patienten und Mitarbeiter des eigenen Krankenhauses sowie eines Fremdhauses, das auf Grund eines genehmigten Versorgungsvertrages mit Arzneimitteln und Apothekenartikeln beliefert wird. Der Aufgabenbereich der Apotheke umfasst vielfältige Serviceleistungen.
Im Zentrum stehen die Versorgung der Teileinheiten mit Medikamenten und weiteren Artikeln des Apothekensortiments sowie die Beratung der Patienten und Mitarbeiter in allen Arzneimittelfragen.
In der Apotheke werden zahlreiche individuelle Arzneimittelzubereitungen hergestellt, die nicht als Fertigprodukte angeboten werden, z. T. in größeren Mengen z.T. als Einzelherstellung. Zur Optimierung der Patientenversorgung im Bereich der Onkologie wurde bereits 1992 die patientenindividuelle zentrale Zubereitung applikationsfertiger Zytostatikainfusionen in der Apotheke eingeführt.
Eine weitere wichtige Aufgabe sieht die Apotheke in ihrem Beitrag zur Erreichung der wirtschaftlichen Ziele des St.-Marien-Hospitals.
Der gemeinsame Einkauf im Rahmen der Einkaufsgemeinschaft ApoCon West ermöglicht eine wirtschaftliche und zugleich qualitativ hochwertige Arzneimitteltherapie. Zusätzlich trägt ein zeitnahes Controlling zu einer effektiven Nutzung der Ressourcen bei.
Über die Versorgung der Patienten hinaus bietet die Apotheke den Mitarbeitern des eigenen Krankenhauses und der versorgten Fremdhäuser die Möglichkeit, Arzneimittel und weitere Artikel des Apothekensortiments zu attraktiven Preisen einzukaufen und leistet damit einen wichtigen Beitrag zur Zufriedenheit des Krankenhauspersonals.
Ziel sämtlicher Tätigkeiten des Apotheken-Teams ist die Zufriedenheit der Patienten und Mitarbeiter unseres Krankenhauses. Dieses Ziel ist vor allem durch hohe Qualität und ständige Verbesserungen zu erreichen. Daher wurde in Zusammenarbeit mit der Apothekerkammer Westfalen-Lippe im Rahmen eines QMS ein Qualitäts-Management-Handbuch (QMH) entwickelt, in dem alle wesentlichen Arbeitsabläufe einheitlich festgehalten wurden. Dieses QMH wird

kontinuierlich ergänzt und weiterentwickelt. Die Etablierung des QMS führte im April 2003 zur Zertifizierung der Apotheke nach DIN EN ISO 9001:2000. Die Rezertifizierung ist für das erste Quartal 2006 vorgesehen.

3.2. ORGANISATIONSSTRUKTUREN, LEITUNG & ZUSTÄNDIGKEITEN

Die Zuständigkeiten und Vertretungen für die einzelnen Aufgabenbereiche der Apotheke sind im QMH ausführlich geregelt. Neu hinzu kommende Aufgaben werden zeitnah in diese Regelungen aufgenommen. Die Pharmazeutisch-Technischen-Assistentinnen (PTA) bzw. Pharmazeutisch-Kaufmännischen-Assistentinnen (PKA) arbeiten hierbei immer unter Aufsicht eines Apothekers.

ORGANIGRAMM DER APOTHEKE DES ST.-MARIEN-HOSPITALS LÜNEN



Die Verantwortung trägt im jedem Falle der Chefapotheker bzw. sein Stellvertreter.
Der Chefapotheker vertritt die Apotheke in den regelmäßigen Beratungen der Chefärzte sowie in verschiedenen Kommissionen der einzelnen Krankenhauses.

3.3. PERSONAL

3.3.1. STELLENPLAN UND QUALIFIKATIONEN

In der Apotheke sind zum 31.12.2005 folgende Mitarbeiter tätig:

Chefapotheker	(1 VK)
Eine Apothekerin	(1 VK)
Fünf PTA	(4 VK)
Vier PKA	(2,75 VK)

Der Chefapotheker ist Fachapotheker für Klinische Pharmazie. Der Anteil der Fachapotheker an den Vollkräften Apotheker beträgt somit 50 %. Die stellvertretende Apothekenleiterin befindet sich z. Zt. in der Weiterbildung zur Fachapothekerin für Klinische Pharmazie, die sie voraussichtlich spätestens im Jahr 2007 abschließen wird. Der Apothekenleiter und die stellvertretende Apothekenleiterin sind berechtigt, die Bereichsbezeichnung Onkologische Pharmazie zu führen.

3.3.2. WEITERBILDUNGSERMÄCHTIGUNG

Der Chefapotheker besitzt die Ermächtigung zur Weiterbildung in dem Gebiet Klinische Pharmazie gemäß § 5 (2) in Verbindung mit (3) der Weiterbildungsordnung der Apothekerkammer Westfalen-Lippe vom 22. Mai 1996, geändert am 22. August 2003.

3.3.3. TRAINEEPROGRAMME, PRAKTIKA & HOSPITATIONEN

Derzeit keine Vereinbarungen.

3.3.4. LEHRE, FORSCHUNG & ENTWICKLUNG

Der Chefapotheker und seine Stellvertreterin führen regelmäßig Famulaturen im Rahmen des Studienganges Pharmazie sowie Praktika für Schulpraktikanten durch.
Der Chefapotheker und die stellvertretende Apothekenleiterin übernehmen die Lehrtätigkeit im Fach Arzneimittellehre an der Zentralen Krankenpflegeschule Lünen sowie an der staatlich anerkannten Weiterbildungsstätte für Intensivpflege und Anästhesie am St.-Marien-Hospital Lünen.
Der Apothekenleiter hält regelmäßig Vorträge im Rahmen des Onkologischen Gesprächskreis in der Gynäkologie am St.-Marien-Hospital Lünen.
Der Chefapotheker und seine Stellvertreterin sind Mitglied im Bundesverband Deutscher Krankenhausapotheker (ADKA) e.V..

3.4. LEISTUNGSSPEKTRUM, SCHWERPUNKTE & SERVICEANGEBOTE

Das Leistungsspektrum orientiert sich an dem unter Punkt 3.1. formulierten Auftrag und umfasst schwerpunktmäßig folgende Dienstleistungen:

- Versorgung der Teileinheiten des Krankenhauses mit Arzneimitteln, Infusionslösungen, Blutprodukten, Röntgenkontrastmitteln, Desinfektionsmitteln und Diätetika.
- Beratung des ärztlichen und des Pflegepersonals in sämtlichen Fragestellungen zu Arzneimitteln auch im Rahmen von Begehungen der Stationen.
- Eigenherstellung von Arzneimitteln im Defektur- und Rezepturmaßstab.
- Patientenindividuelle, zentrale Zubereitung applikationsfertiger Zytostatikainfusionen.
- Zeitnahes, kostenstellen- und abteilungsbezogenes Controlling der Verbrauchskosten.
- Kostengünstiger Einkauf von therapeutisch hochwertigen Arzneimitteln, Infusionslösungen, Blutprodukten, Röntgenkontrastmitteln, Desinfektionsmitteln und Diätetika im Rahmen der Einkaufsgemeinschaft ApoCon West.
- Mitarbeit in verschiedenen Kommissionen der einzelnen Krankenhäuser.
- Versorgung der Mitarbeiter der Krankenhäuser mit Arzneimitteln.

Zur Verbesserung der Arzneimittelsicherheit sowie als weitere Serviceleistungen wurden zusätzlich folgende Aufgaben übernommen:

- Arbeitstägliche Arzneimittelanamnese in der Klinik für Gefäßchirurgie sowie der Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe zur Verbesserung der Arzneimittelsicherheit an der Schnittstelle von ambulanter zu stationärer Arzneimittelversorgung.
- Lehrtätigkeit im Fach Arzneimittellehre an der Zentralen Krankenpflegeschule Lünen (s. 3.3.4).
- Lehrtätigkeit an der staatlich anerkannten Weiterbildungsstätte für Intensivpflege und Anästhesie (s. 3.3.4).
- Drogenscreening bei akuten Intoxikationen.
- Vollständige Durchführung der Abrechnung ambulant verabreichter Zytostikainfusionen gegenüber den gesetzlichen Krankenkassen.

4. TECHNISCHE AUSSTATTUNG

APPARATIVE AUSSTATTUNG DER APOTHEKE DES ST.-MARIEN-HOSPITALS LÜNEN

Allgemeine technische Ausstattung

PC-Arbeitsplätze, acht

Funktelefone, zwei

Besondere apparative Ausstattung

Zytostatikaabteilung:

Zytostatikawerkbänke mit Fortluftführung, zwei

Sterilproduktion

Laminar-Air-Flow-Bank

Autoklav

Anlage zur Sterilfiltration mittels Unterdruck

Bördelmaschine

Arzneimittelherstellung

Stephan-Maschine (20 kg)

Erweka-Rührwerk

Unguator E

Analytik

Osmometer

Schmelzpunktbestimmungsgerät

Spindelaräometer

Refraktometer

pH-Meter

Fluorimeter

Sämtliche Arbeitsplätze in der Apotheke sind mit einem EDV-Anschluss versehen. Neben den üblichen Programmen zur Textverarbeitung, Tabellenkalkulation, etc. verfügen sämtliche Arbeitsplätze über spezielle Software zur Materialwirtschaft sowie zur Arzneimittelinformation.
Die Arbeitsplätze des Chefapothekers sowie seiner Stellvertreterin verfügen jeweils über einen eigenen Internetanschluss.

5. QUALITÄTSSICHERUNG

5.1. STRUKTUREN & ORGANISATION

Im Rahmen des QMS der Apotheke nehmen die Teammitglieder folgende Funktionen wahr:
Der Chefapotheker trägt im Rahmen des QMS der Krankenhausapotheke die Verantwortlichkeit für ausreichende personelle, zeitliche und materielle Ressourcen zur Umsetzung des QMS und unterstützt die Qualitäts-Management-Beauftragte (QMB) der Abteilung Apotheke.
Die stellvertretende Apothekenleiterin ist als QMB der Abteilung Apotheke für die kontinuierliche Umsetzung und Weiterentwicklung des QMS verantwortlich. Ihr obliegen die Durchführung von Internen Qualitätszirkeln, Internen Audits sowie die Vorbereitung Externer Audits.
Jeder Mitarbeiter ist Prozessverantwortlicher (PV) für bestimmte Prozesse des QMH. Er trägt die Verantwortlichkeit für die ständige Aktualisierung dieser Prozesse.
Jeder Mitarbeiter der Apotheke ist aufgefordert, Ideen für neue Prozesse oder Änderungen bestehender Prozesse in das QMS der Apotheke einzubringen.
Die Funktionen des QMB bzw. der PV werden nebenamtlich wahrgenommen.

5.2. METHODEN & DEFINIERTE VERFAHREN

METHODEN

Im August 2001 wurde in der Apotheke des St.-Marien-Hospitals Lünen ein QMS etabliert. Hierbei wurden alle wesentlichen Verfahrensabläufe in einheitlicher Form in einem QMH zusammengefasst und besonders im Hinblick auf Qualität und Kundenzufriedenheit überarbeitet. Im Rahmen dieses QMS werden regelmäßige Interne Qualitätszirkel (IQZ) unter Beteiligung aller Apothekenmitarbeiter mit dem Ziel der weiteren Qualitätsverbesserung durchgeführt. Kenntnis und Einhaltung der einzelnen im QMH festgelegten Prozesse werden in monatlichen Internen Audits überprüft.

DEFINIERTE VERFAHREN

Im April 2003 erfolgte auf der Grundlage des erstellten QMH nach einem Externen Audit die Zertifizierung nach DIN EN ISO 9001:2000 durch die Apothekerkammer Westfalen-Lippe. Die Rezertifizierung ist für das erste Quartal 2006 vorgesehen.

5.3. PROZESSE
5.3.1. PATIENTENVERSORGUNG
5.3.1.1. ALLGEMEINE INFORMATIONEN

Arzneimittelanamnese für neu aufgenommene Patienten in den Kliniken für Gefäßchirurgie bzw. für Gynäkologie und Geburtshilfe.

GRUND UND ZIEL

Verbesserung der Arzneimittelsicherheit an der Schnittstelle von ambulanter zu stationärer Arzneimittelversorgung.

VORGEHEN

- Erfassung sämtlicher von neu aufgenommenen Patienten benötigten Arzneimittel mittels eines entsprechenden Formblattes.
- Überprüfung der bestehenden Medikation und ggf. Umstellung der bisherigen Medikamente auf die Arzneimittel des St.-Marien-Hospitals.
- Unterbreitung von Vorschlägen für eine verbesserte Arzneimitteltherapie.
- Dokumentation der vorgenommenen Änderungen.
- Sicherung der Arzneimittelversorgung durch unverzügliche Bereitstellung aller notwendigen Arzneimittel für die Patienten.

ERGEBNIS

Die Arzneimittelversorgung der neu aufgenommen Patienten in der Klinik für Gefäßchirurgie sowie in der Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe wurde verbessert. Die Arzneimittelsicherheit wurde für Patienten, Ärzte und Pflegepersonal deutlich erhöht.

MASSNAHMEN

Die arbeitstägliche Arzneimittelanamnese soll zunächst auf die Klinik für Gastroenterologie und später, wenn möglich, auf weitere Kliniken des St.-Marien-Hospitals ausgeweitet werden.

WEITERE PROZESSE

In analoger Weise wurden zum Punkt 5.3.1. außer dem genannten Beispiel im QMH der Apotheke u. a. folgende Prozesse geregelt:

- Beratung der Ärzte und des Pflegepersonals.
- Stationsbelieferung.
- Herstellung nichtsteriler Rezeptur- und Defekturarzneimittel.
- Herstellung steriler Rezeptur- und Defekturarzneimittel.

5.3.1.2. PROJEKTE IN 2005

Keine Angaben für das Berichtsjahr.

5.3.2. MITARBEITER

5.3.2.1. ALLGEMEINE INFORMATIONEN

Arbeitsbeginn neuer Mitarbeiter.

GRUND UND ZIEL

Schnelle und vollständige Integration neuer Mitarbeiter in das bisherige Apothekenteam.

VORGEHEN

- Sammlung aller erforderlichen Unterlagen im Vorfeld mittels Checkliste.
- Vorstellung und Erläuterung des QMS.
- Erarbeitung einer Stellenbeschreibung.
- Persönliche Vorstellung des neuen Mitarbeiters bei wichtigen Ansprechpartnern.
- Intensive Begleitung des neuen Mitarbeiters durch einen Mentor aus der jeweiligen Berufsgruppe.
- Schaffung eines eigenen Verantwortungsbereiches.
- Beurteilung der Einarbeitung durch den neuen Mitarbeiter und das Apotheken-Team.

ERGEBNIS

Die Integration neuer Mitarbeiter in das bisherige Apotheken-Team verläuft weitgehend problemlos.

MASSNAHMEN

Zur weiteren Verbesserung der Integration soll in Zukunft für neue Mitarbeiter ein Einarbeitungskonzept erstellt werden.

WEITERE PROZESSE

In analoger Weise wurde zum Punkt 5.3.2. außer dem genannten Beispiel im QMH der Apotheke folgender Prozesse geregelt:

- Interne Fortbildung.

5.3.2.2. PROJEKTE IN 2005

Keine Angaben für das Berichtsjahr.

5.3.3. SICHERHEIT & UMWELT

5.3.3.1. ALLGEMEINE INFORMATIONEN

Hygieneplan.

GRUND UND ZIEL

Schutz der Patienten und Mitarbeiter vor Infektionen, Gewährleistung einer mikrobiologisch optimalen Produktqualität.

VORGEHEN

- Erstellung eines Hygieneplans in Zusammenarbeit mit dem Hygienefachpfleger.
- Bekanntmachung des Hygieneplans in sämtlichen Herstellungsbereichen.
- Überarbeitung des Hygieneplans in regelmäßigen Abständen.

ERGEBNIS

Der Schutz der Patienten und Mitarbeiter wird durch die im Hygieneplan vorgeschriebenen Desinfektionsmaßnahmen weiter verbessert. Die mikrobiologisch optimale Produktqualität ist gewährleistet.

MASSNAHMEN

Zur weiteren Sensibilisierung der Mitarbeiter sollen die Hygienepläne zusätzlich auf den Toiletten ausgehängt werden.

5.3.3.2. PROJEKTE IN 2005

In analoger Weise wurden zum Punkt 5.3.3. außer dem genannten Beispiel im QMH der Apotheke u. a. folgende Prozesse geregelt:

- Zytostatikazubereitung.
- Umgang mit Betäubungsmitteln.
- Chargendokumentation von Blutprodukten gemäß Transfusionsgesetz.
- Prüfung von Ausgangsstoffen zur Arzneimittelherstellung.
- Maßnahmen bei Arzneimittelrisiken.
- Gefahrstoffe.

5.3.4. DATENSCHUTZ & DATENSICHERHEIT

5.3.4.1. ALLGEMEINE INFORMATIONEN

Aufbewahrungspflichten.

GRUND UND ZIEL

Einhaltung der gesetzlich vorgegebenen Aufbewahrungspflichten.

VORGEHEN

- Aufnahme sämtlicher gesetzlicher Aufbewahrungsfristen in die entsprechenden im QMH beschriebenen Prozesse.
- Information aller Apothekenmitarbeiter über die gesetzlichen Aufbewahrungsfristen durch ein Informationsblatt an zentraler Stelle in der Apotheke.
- Regelmäßige Aktualisierung dieses Informationsblattes.

ERGEBNIS

Die gesetzlich vorgeschriebenen Aufbewahrungspflichten werden vollständig erfüllt.

MASSNAHMEN

Z. Zt. nicht erforderlich.

5.3.4.2. PROJEKTE IN 2005

Keine Angaben für das Berichtsjahr.

5.5.5 ORGANISATION, FÜHREN & LEITEN
5.3.5.1. ALLGEMEINE INFORMATIONEN

Interne Kommunikation.

GRUND UND ZIEL

Sichere Übermittlung aller Informationen an einzelne bzw. sämtliche Mitglieder des Apotheken-Teams.

VORGEHEN

- Schaffung einer zentralen Info-Tafel, an der mittels eines Formulars alle Informationen weitergegeben werden, die für sämtliche Mitglieder des Apotheken-Teams wichtig sind.
- Verpflichtung jedes Apothekenmitarbeiters die Info-Tafel zweimal täglich auf neue Informationen zu überprüfen.
- Bestätigung der Kenntnisnahme durch jeden einzelnen Apothekenmitarbeiter mittels Handzeichen.
- Sammlung der Formulare in einem eigenen Ordner.
- Schaffung einen personengebundenen Teamablage für jeden Apothekenmitarbeiter zur Weitergabe von Informationen an einzelne Mitglieder des Apotheken-Teams.
- Verpflichtung jedes Apothekenmitarbeiters seine personengebundene Teamablage zweimal täglich auf neue Informationen zu überprüfen.

ERGEBNIS

Der Informationsfluss in der Apotheke wurde weiter verbessert. Die Umstellung der Bringepflicht für Informationen auf eine Holpflicht für Informationen entlastet die Mitarbeiter bei der vollständigen Weitergabe von Informationen, ist jedoch gewöhnungsbedürftig.

MASSNAHMEN

Die Nutzung von Info-Tafel und personengebundener Teamablage soll weiter verbessert werden.

5.3.5.2. PROJEKTE IN 2005

In analoger Weise wurden zum Punkt 5.3.5. außer dem genannten Beispiel im QMH der Apotheke u. a. folgende Prozesse geregelt:

- Abteilungsziele.
- Prozesserstellung.
- Prozessänderung.
- Internes Audit.

5.3.6. EXTERNE BEZIEHUNGEN & NETZWERKE
5.3.6.1. ALLGEMEINE INFORMATIONEN

Externe Fortbildung und Wissenstransfer.

GRUND UND ZIEL

Ständige Aktualisierung des Wissens der Mitglieder des Apotheken-Teams zur Umsetzung einer modernen Krankenhauspharmazie.

VORGEHEN

- Jeder Apothekenmitarbeiter ist gehalten, mindestens einmal pro Jahr einen externe Fortbildungsveranstaltung zu besuchen. Hierzu gehören Kongresse, Workshops, Seminare u. ä. Veranstaltungen
- Aufarbeitung des erworbenen Wissens durch den Teilnehmer an der externen Fortbildung.
- Durchführung interner Fortbildungsveranstaltungen für alle Apothekenmitarbeiter.
- Schriftliche Zusammenfassung der Fortbildungen.

ERGEBNIS

Alle Mitarbeiter sind stets über neue fachliche und organisatorische Entwicklungen informiert.

MASSNAHMEN

Die Apothekenleitung fördert aktiv die Bereitschaft der Apothekenmitarbeiter, an externen Fortbildungsveranstaltungen teilzunehmen.

5.3.6.2. PROJEKTE IN 2005

In analoger Weise wurden zum Punkt 5.3.6. außer dem genannten Beispiel im QMH der Apotheke folgender Prozess geregelt:

- Information der Stationen und Ärzte in wichtigen Arzneimittelfragen.
- Bearbeitung komplexer Anfragen.

5.3.7. EXTERNE DATEN, VERGLEICHE & BENCHMARKING

5.3.7.1. ALLGEMEINE INFORMATIONEN

Mikrobiologische Validierung von Zytostatikainfusionen.

GRUND UND ZIEL

Durch die regelmäßige mikrobiologische Untersuchungen soll die hygienisch einwandfreie Arbeitsweise bei der Herstellung von Zytostatikainfusionen validiert werden.

VERFAHREN

- Regelmäßige Probennahme aus zubereiteten Zytostatikainfusionen. Pro Monat werden in einer Woche an jedem Arbeitstag zwei Proben angefertigt.
- Bebrütung und mikrobiologische Untersuchung der gewonnenen Proben im externen mikrobiologischen Labor.
- Information bei negativem Keimnachweis nach einer Bebrütungsdauer von sieben Tagen.
- Sofortige Information bei positivem Keimnachweis.

ERGEBNIS

Keine der bisherigen Proben erbrachte einen positiven Keimnachweis. Die mikrobiologische Unbedenklichkeit der Herstellungsmethode konnte somit validiert werden.

MASSNAHMEN

Zzt. nicht erforderlich.

5.3.7.2. PROJEKTE IN 2005

Keine Angaben für das Berichtsjahr.

5.3.8. CONTROLLING, INVESTITIONS- & FINANZMANAGEMENT

5.3.8.1. ALLGEMEINE INFORMATIONEN

Controlling im Apothekenbereich.

GRUND UND ZIEL

Zeitnahes Monitoring der Kosten im Apothekenbereich.

VERFAHREN

- Monatliche Erstellung verschiedener detaillierter Analysen zur Kostensituation im Apothekenbereich bis zum dritten Arbeitstag des Folgemonats.
- Auswertung der gewonnenen Daten.
- Zeitnahe Vorstellung der Auswertung im Rahmen eines Gesprächs zwischen Apothekenleiter und Verwaltungsdirektor
- Ggf. zeitnahes Gespräch mit den Chefärzten der einzelnen Kliniken.
- Festlegung und Umsetzung erforderlicher Maßnahmen.

ERGEBNIS

Das zeitnahe Controlling erlaubt eine schnelle und nachhaltige Beeinflussung der Kosten im Apothekenbereich.

MASSNAHMEN

Ggf. erforderliche Maßnahmen werden festgelegt, ihre Einhaltung wird situationsgerecht überprüft.

5.3.8.2. PROJEKTE IN 2005

Keine Angaben für das Berichtsjahr.

5.3.9. EINKAUFSMANAGEMENT & LOGISTIK

5.3.9.1. ALLGEMEINE INFORMATIONEN

Lieferantenbewertung und –zulassung.

GRUND UND ZIEL

Die Versorgung der Patienten mit sämtlichen Artikeln des Apothekensortiments soll über zuverlässige Lieferanten sichergestellt werden, die qualitativ hochwertige und gleichzeitig kostengünstige Produkte anbieten.

VERFAHREN

- Festlegung von Anforderungen an Direktlieferanten.
- Festlegung von Anforderungen an Großhandlungen.
- Regelmäßige Bewertung aller Lieferanten.
- Ggf. Wechsel des Lieferanten.

ERGEBNIS

Es besteht hohe Zufriedenheit mit den ausgewählten Lieferanten.

MASSNAHMEN

Aus wirtschaftlichen Gründen sollen die Anforderungen eines strategischen Einkaufs, z.B. die Verringerung der Lieferantenzahl, in Zukunft stärker berücksichtigt werden, wenn dieses ohne Qualitätsverlust möglich ist.

5.3.9.2. PROJEKTE IN 2005

In analoger Weise wurden zum Punkt 5.3.9. außer dem genannten Beispiel im QMH der Apotheke u.a. folgende Prozesse geregelt:

- Produktbewertung und –zulassung
- Warenannahme
- Lieferscheinbearbeitung
- Rechnungsbearbeitung

6. WEITERGEHENDE INFORMATIONEN

Für weitergehende Informationen zum Qualitätsbericht der Apotheke steht Ihnen der Chefapotheker der Apotheke als Ansprechpartner gerne zur Verfügung:

Bernd Scharfenkamp
Apotheke des St.-Marien-Hospitals Lünen
Altstadtstr. 23
D-44534 Lünen
Tel.: 02306/772900
Fax: 02306/772901
E-mail: scharfenkamp.bernd@smh-online.de

7. SCHLÜSSELERGEBNISSE

STELLENPLAN UND QUALIFIKATION

- Der Anteil der Fachapotheker in der Krankenhausapotheke beträgt 50 %. Die stellvertretende Apothekenleiterin wird ihre Weiterbildung zur Fachapothekerin für Klinische Pharmazie spätestens bis zum Jahr 2007 abschließen.
- Der Anteil der Apotheker mit Weiterbildungsermächtigung in dem Gebiet Klinische Pharmazie beträgt ebenfalls 50 %.

LEHRE, FORSCHUNG UND ENTWICKLUNG

- Die Lehrveranstaltungen im Fach Arzneimittellehre an der Zentralen Krankenpflegeschule Lünen sowie an der staatlich anerkannten Weiterbildungsstätte für Intensivpflege und Anästhesie werden vollständig durch die Apotheke wahrgenommen (Ziel: 100 %).

TECHNISCHE AUSSTATTUNG

- 100 % der PC-Arbeitsplätze der Apotheker verfügen über einen Online-Anschluss zur Internet-Recherche (Ziel: 100 %).
- Zytostatikalabor mit zwei Zytostatika-Werkbänken.
- Galenisches Labor mit verschiedenen Spezialgeräten zur Eigenherstellung.
- Sterillabor mit Autoklav und Laminar-Air-Flow-Gerät.
- Analytisches Labor mit speziellen Gräten zur Prüfung von Ausgangsstoffen und Arzneimitteln.

STRUKTUREN UND ORGANISATION DER QUALITÄTSSICHERUNG

- In der Apotheke wurde im August 2001 ein vollständiges abteilungsinternes QMS etabliert.
- In der Apotheke wurde ein QMH erarbeitet, in dem alle wichtigen Verfahrensabläufe in Prozessen geregelt sind. Dieses QMH wird kontinuierlich ergänzt und verbessert.
- Die Apotheke wurde im April 2003 durch die Apothekerkammer Westfalen-Lippe nach DIN EN ISO 9001:2000 zertifiziert. Die Rezertifizierung ist für das erste Quartal 2006 vorgesehen.
- Die Apotheke verfügt über eine eigene QMB.
- Sämtliche Apothekenmitarbeiter sind als PV verantwortlich in das QMS der Apotheke eingebunden (Ziel: 100 %).

PATIENTENVERSORGUNG

- Die Quote der durchgeführten Arzneimittelanamnesen für neu aufgenommene Patienten in den Kliniken für Gefäßchirurgie bzw. für Gynäkologie und Geburtshilfe beträgt 90 % (Ziel: 100 %).

MITARBEITER

- Neue Mitarbeiter wurden nach den im QMH vorgesehenen Verfahren schnell und zufriedenstellend eingearbeitet.
- Im Jahr 2005 wurden sechs Interne Fortbildungen durchgeführt (Ziel für 2006: Eine interne Fortbildung pro Monat).

SICHERHEIT & UMWELT

- Im Jahr 2004 wurden 5.170 Zytostatikainfusionen patientenindividuell und applikationsfertig zubereitetet.
- Der im QMH enthaltene Hygieneplan ist allen Apothekenmitarbeitern bekannt und wird vollständig umgesetzt (Ziel 100%).

DATENSCHUTZ & DATENSICHERHEIT

- Sämtliche Mitglieder des Apotheken-Teams sind über die Aufbewahrungspflichten in der Apotheke informiert (Ziel: 100 %).

ORGANISATION, FÜHREN & LEITEN

- Der Anteil der sicher weitergegebenen Informationen beträgt 90 % (Ziel für 2006: 95 %).
- Die Struktur der Internen Kommunikation ist im QMH etabliert und funktioniert weitgehend.
- Die Kenntnis über die im QMH zusammengefassten Prozesse beträgt 95 % (Ziel für 2006: 100 %).

EXTERNE BEZIEHUNGEN & NETZWERKE

- Jeder Apothekenmitarbeiter besuchte im Jahr 2005 mindestens eine externe Fortbildungsveranstaltung (Ziel: Mindestens eine externe Fortbildung pro Mitarbeiter und Kalenderjahr).
- In 35 % der Fälle wurden interne Fortbildungsveranstaltungen zur Weitergabe des extern erworbenen Wissens an alle Apothekenmitarbeiter durchgeführt (Ziel für 2006: 60 %).

EXTERNE DATEN, VERGLEICHE & BENCHMARKING

- Sämtliche im Jahr 2005 im Bereich der zentralen Zubereitung von Zytostatikainfusionen genommenen Proben zeigten einen negativen Keimnachweis (Ziel: 100 %).

CONTROLLING, INVESTITIONS- & FINANZMANAGEMENT

Durch ein engmaschiges Controlling der Anforderungen für Reserveantibiotika konnten erhebliche Kosten für Arzneimittel vermieden werden.

8. ZUSAMMENFASSUNG & AUSBLICK

Die Apotheke ist eine eigenständige Abteilung des St.-Marien-Hospitals Lünen und auf Grund ihrer hohen Fachkompetenz der ideale Ansprechpartner in allen Fragen und Serviceleistungen rund um das Arzneimittel. Sie ist für die qualitativ hochwertige und gleichzeitig wirtschaftliche Versorgung der Patienten mit Arzneimitteln und weiteren Apothekenprodukten verantwortlich.

KERNAUFGABEN

- Versorgung der Teileinheiten des eigenen Krankenhauses sowie eines Fremdhauses, das auf Grund eines genehmigten Versorgungsvertrages beliefert wird mit Arzneimitteln, Infusionslösungen, Blutprodukten, Röntgenkontrastmitteln, Desinfektionsmitteln und Diätetika.
- Beratung des ärztlichen und des Pflegepersonals in sämtlichen Fragestellungen zu Arzneimitteln auch im Rahmen von Begehungen der Stationen.
- Eigenherstellung von Arzneimitteln im Defektur- und Rezepturmaßstab.
- Patientenindividuelle, zentrale Zubereitung applikationsfertiger Zytostatikainfusionen.

- Zeitnahes, kostenstellen- und abteilungsbezogenes Controlling der Verbrauchskosten.
- Kostengünstiger Einkauf von therapeutisch hochwertigen Arzneimitteln, Infusionslösungen, Blutprodukten, Röntgenkontrastmitteln, Desinfektionsmitteln und Diätetika im Rahmen der Einkaufsgemeinschaft ApoCon West.

ZUSÄTZLICHE SERVICELEISTUNGEN

- Arbeitstägliche Arzneimittelanamnese in der Klinik für Gefäßchirurgie sowie der Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe zur Verbesserung der Arzneimittelsicherheit an der Schnittstelle von ambulanter zu stationärer Arzneimittelversorgung.
- Drogenscreening bei akuten Intoxikationen.

PERSONAL

CHEFAPOTHEKER

Fachapotheker für Klinische Pharmazie mit zusätzlicher Bereichsbezeichnung Onkologische Pharmazie.

STELLVERTRETENDE APOTHEKENLEITERIN

Bereichsbezeichnung Onkologische Pharmazie.

5 PTA

4 PKA

QUALITÄTSSICHERUNG

- Etablierung eines QMS seit August 2001.
- Erstellung eines QMH bis Dezember 2002. Dieses QMH wird kontinuierlich ergänzt und verbessert.
- Zertifizierung nach DIN EN ISO 9001:2000 durch die Apothekerkammer Westfalen-Lippe im April 2003.
- Rezertifizierung im ersten Quartal 2006.

AUSBLICK

- Zum 01.01.2006 soll die Versorgung eines weiteren Fremdhauses aufgenommen werden.
- Die Rezertifizierung nach DIN EN ISO ist für das erste Quartal 2006 vorgesehen.

VII-IV GEFÄSSCHIRURGISCHE KLINIK

1. Vorwort ... 212
2. Verfasser ... 212
3. Basisinformationen ... 213
3.1. Inhalte, Auftrag & Ziele ... 213
3.2. Organisationsstrukturen, Leitung & Zuständigkeiten ... 214
3.3. Personal ... 214
3.3.1. Stellenplan & Qualifikationen ... 214
3.3.2. Weiterbildungsermächtigung(en) ... 214
3.3.3. Traineeprogramme, Praktika & Hospitationen ... 214
3.3.4. Lehre, Forschung & Entwicklung ... 214
3.4. Leistungsspektrum, Schwerpunkte & Serviceangebote ... 215
3.5. Planbetten ... 217
4. Technische Ausstattung ... 218
5. Qualitätssicherung ... 218
5.1. Strukturen & Organisation ... 219
5.2. Methoden & definierte Verfahren ... 219
5.3. Prozesse ... 219
5.3.1. Patientenversorgung ... 222
5.3.2. Mitarbeiter ... 222
5.3.3. Sicherheit & Umwelt ... 222
5.3.4. Datenschutz & Datensicherheit ... 223
5.3.5. Organisation, Führen & Leiten ... 223
5.3.6. Externe Beziehungen & Netzwerke ... 224
5.3.7. Externe Qualitätssicherung, Vergleiche & Benchmarking ... 224
5.3.8. Controlling, Investitions- & Finanzmanagement ... 225
5.3.9. Einkaufsmanagement & Logistik ... 225
6. Weitergehende Informationen ... 225
7. Schlüsselergebnisse ... 226
8. Zusammenfassung & Ausblick ... 227

1. VORWORT

„Same procedure as last year, Miss Sophie?“ “Same procedure as every year, James!“ Es ist wieder so weit. Endlich darf ich den jährlichen Besinnungsaufsatz zum Thema „Qualität im Krankenhaus“, genauer: den Qualitätsbericht meiner Abteilung für 2005 formulieren, um den gesetzlichen Anforderungen zu genügen.
Ich habe keinen Qualitätsbericht einer anderen Klinik oder gar eines anderen Hauses gelesen, sondern den Großteil meiner Zeit und Kraft in der Klinik der Versorgung meiner Patienten gewidmet. Und: Es gibt ein Leben nach der Arbeit!
Trotzdem: Hier ist er. Übereinstimmungen mit Passagen aus dem Bericht für das Jahr 2004 sind nicht zufällig, sondern pure Absicht.
Und ich habe immer noch nicht verstanden, warum alles besser wird (oder werden soll), wenn man alles aufschreibt. Kochbuchmäßig. Man nehme... usw. usw. schmeckt oft dann doch nicht so richtig.

Kein Koch verrät alle seine Geheimnisse...
Dr. med. Thomas Fährenkemper

Lünen, im Februar 2006

2. VERFASSER

Der Verfasser des Berichtes, Dr. Thomas Fährenkemper, wurde 1959 in Dortmund geboren. Er ist Facharzt für Chirurgie und Gefäßchirurgie und auch Phlebologe. Seit 1996 leitet er die Gefäßchirurgische Klinik am St.-Marien-Hospital in Lünen.
Bei der Erstellung des Berichtes wirkten ferner die Oberärzte Dr. Samar, Dr. Pohl und Frau Dr. Rohweder mit, allesamt Fachärzte für Chirurgie und Gefäßchirurgie, denen ich für ihre tatkräftige Unterstützung an dieser Stelle herzlich danke.

3. BASISINFORMATIONEN
3.1. INHALTE, AUFTRAG & ZIELE

Erkrankungen der Blutgefäße sind auch heute im eigentlichen Sinne nicht heilbar, weil es sich um Alterungs- und Degenerationserscheinungen dieses Organsystems handelt. Sie führen zu Funktionsbeeinträchtigungen, z.B. zur Schaufensterkrankheit mit schmerzhafter Einschränkung der Gehstrecke, im Extremfall auch zum sogenannten Raucherbein mit drohender Amputation, zum Schlaganfall oder zum Aneurysma - um nur einige zu nennen.

Das Hauptarbeitsgebiet der Gefäßchirurgischen Klinik ist damit schon umrissen. Es geht neben der Prävention ganz vorrangig um die möglichst schonende Diagnostik und stadiengerechte Behandlung der arteriellen Verschlußerkrankung, der Ausschaltung von Aneurysmata (Schlagadererweiterungen) und Venenerkrankungen. Bei der leichteren Schaufensterkrankheit kann durch eine Wiedereröffnung eines verschlossenen Gefäßes oder durch eine Bypassoperation („Umleitung") die Beschwerdesymptomatik häufig komplett beseitigt, bei der schweren Durchblutungsstörung (Raucherbein, diabetischer Fuß) häufig eine drohende hohe Amputation vermieden werden. Häufig reichen dann kleinere Amputationen, z. B. der Zehen oder auch des Vorfußes aus, die den betroffenen Patienten im Gegensatz zur hohen Amputation nicht dauernd pflegebedürftig werden lassen. Eine Durchblutungsstörung im weitesten Sinne ist auch der Schlaganfall. Etwa 40 % aller Schlaganfälle resultieren aus Einengungen der Halsschlagadern. Patienten mit dieser Problematik werden selbstverständlich in der Gefäßchirurgie untersucht und behandelt. Auch beim frischen Schlaganfall kann eine sofortige Operation der Halsschlagader vorteilhaft sein und dem Patienten eine Halbseitenlähmung oder ein Leben im Rollstuhl ersparen. In der Gefäßchirurgie werden seit 2005 deshalb zunehmend auch Patienten mit frischen Insulten operiert. Die erforderliche Logistik zur optimalen Vor- und Nachbehandlung zusammen mit Anästhesie und Neurologie befindet sich im Aufbau.

Zur erweiternden Form der Gefäßerkrankung gehört das Aneurysma (s.o.), welches sich typischerweise an der Hauptschlagader im Bauchraum (Bauchaorta) , aber auch an anderen Schlagadern entwickelt. Patienten mit dieser Erkrankung werden ebenfalls hier behandelt.

Bei den Venenerkrankungen sind Krampfadern (Varicosis) und Thrombosen zu nennen. Krampfadern werden typischerweise durch klinische Untersuchung und Ultraschalldiagnostik abgekärt und mittlerweile in den allermeisten Fällen ambulant operiert. Bei Venenthrombosen besteht die Möglichkeit, durch eine Thrombolyse (Verwendung Gerinnsel auflösender Medikamente) oder durch eine operative Gerinnselentfernung die Durchgängigkeit des Gefäßes wiederherzustellen und somit Spätschäden zu vermeiden.

Der Leiter der Gefäßchirurgischen Abteilung ist für die Sicherstellung der korrekten Diagnostik und Behandlung verantwortlich. In schwierigen Situation und bei komplexen Behandlungsverfahren obliegt ihm die Durchführung der Diagnostik und Behandlung persönlich. Mit der Befugnis zur Weiterbildung ist er auch zur Ausbildung der Assistenten zum Facharzt verpflichtet.

3.2. ORGANISATIONSSTRUKTUREN, LEITUNG & ZUSTÄNDIGKEITEN

Zentrale Anlaufstelle für Kontakte nach außen, Termine, Organisation etc. ist das Sekretariat unter der Leitung von Frau Schwarz und Frau Dezela.Von 7.30 Uhr bis 16.30 Uhr ist dort wochentags immer jemand erreichbar, ansonsten wird über die Pforte oder die chirurgische Ambulanz zum Diensthabenden weitervermittelt.
Chefarzt und Oberärzte sind für die Diagnostik und Indikationsstellung in der Ambulanz sowie für die Abwicklung des Operationsprogrammes zuständig. Zwei Assistenten versorgen unter Anleitung durch den Chefarzt und die Oberärzte bis zu 40 stationäre Patienten auf zwei Stationen und werden im Operationssaal operativ ausgebildet.

3.3. PERSONAL

3.3.1. STELLENPLAN & QUALIFIKATIONEN

Zum 31.12.2005 war die Istbesetzung in Vollkräften wie folgt: 1 – 3 – 3 – 0. Chefarzt und alle Oberärzte waren Fachärzte für Chirurgie und Gefäßchirurgie, zwei Assistenzärzte waren Fachärzte für Chirurgie und befanden sich in der gefäßchirurgischen Weiterbildung, ein Kollege absolvierte ein Halbjahr in der Chirurgie für die Weiterbildung zum Allgemeinmediziner. Damit waren 6/7 des Personals Fachärzte für Chirurgie, 4/7 fertig ausgebildete Gefäßchirurgen und 2/7 der ärztlichen Mitarbeiter in der Weiterbildung zum Gefäßchirurgen.

3.3.2. WEITERBILDUNGSERMÄCHTIGUNG

Der Chefarzt besitzt die volle Weiterbildungsermächtigung im Teilgebiet Gefäßchirurgie (36 Monate), zusammen mit Herrn Dr. Görtz und Herrn Dr. Ziegelmüller kann die volle Weiterbildung in der Allgemeinchirurgie angeboten werden. Der Chefarzt besitzt weiterhin die Zusatzbezeichnung „Phlebologie“, der Erwerb dieser Zusatzbezeichnung an der Abteilung ist ebenfalls möglich. Der Chefarzt hat in 2005 zur Ausbildung der Studenten im Praktischen Jahr einen Lehrauftrag der Universität Münster erhalten.
Frau Dr. Rohweder ist als Oberärztin PJ-Beauftragte der Abteilung.

3.3.3. TRAINEEPROGRAMME, PRAKTIKA & HOSPITATIONEN

Jederzeit sind ärztliche Hospitationen in allen Funktionsbereichen der Klinik in Ambulanz, Station, OP möglich.

3.3.4. LEHRE, FORSCHUNG & ENTWICKLUNG

Ein besonderes Arbeitsgebiet in der Klinik ist die Versorgung von Patienten mit einer peripheren Verschlusserkrankung im Rahmen eines langjährigen Diabetes mellitus. Zur Behandlung dieses komplexen Krankheitsbildes sind häufig Bypassoperationen bis zum Fuß erforderlich, um hohe Amputationen zu vermeiden. Diese Eingriffe werden in Deutschland zurzeit nicht flächendeckend angeboten. Aus diesem Grunde werden jährlich 2-3 Vorträge und Lehrveranstaltungen zusammen mit

Herrn Dr. Reike im Mariannen-Hospital in Werl durchgeführt. Zur gleichen Thematik werden Vorträge auf gefäßchirurgischen und internistischen Fachtagungen gehalten. Im Januar April und November 2005 fanden multidisziplinäre Fußseminare In Werl unter Beteiligung der Gefäßchirurgischen Klinik statt, auf der Tagung der nordwestdeutschen Diabetesgesellschaft im November 2005 in Osnabrück hielt der Leiter der Klinik ebenfalls einen Vortrag über „Gefäßchirurgie beim diabetischen Fußsyndrom".
Der Chefarzt ist Mitglied der Deutschen Gesellschaft für Gefäßchirurgie, SVES (Society of Endovascular Specialists (Phoenix, USA), regelmäßig Prüfer an der Ärztekammer Westfalen-Lippe für das Fachgebiet Chirurgie und das Teilgebiet Gefäßchirurgie sowie Mitglied der Gutachterkommission zur Beurteilung ärztlicher Behandlungsfehler.

3.4. LEISTUNGSSPEKTRUM, SCHWERPUNKTE & SERVICEANGEBOTE

In der Gefäßchirurgischen Klinik besteht die Möglichkeit zur kompletten nicht invasiven und invasiven Diagnostik des gesamten Gefäßsystems. Mit Ausnahme derjenigen Erkrankung, die zwingend die Verwendung einer Herz-Lungenmaschine erfordern, können alle Erkrankungen des Gefäßsystems (Arterien und Venen) behandelt werden.

Besondere Schwerpunkte sind:

1. Carotischirurgie (Eingriff an den Halsschlagadern)
2. Aortenchirurgie (Eingriff an der Hauptschlagader) bei der Verschlusserkrankung einschließlich der Eingeweideschlagadern (Nierenschlagader, Darmschlagader) und beim Aneurysma, ferner
3. Bypasschirurgie bei der arteriellen Verschlusserkrankung, beim Diabetiker insbesondere auch Bypassoperationen am Unterschenkel und am Fuß zur Vermeidung einer hohen Amputation (s.o.)
4. Shuntchirurgie (Anlage von Gefäßzugängen für die Dialyse (künstliche Blutwäsche).
5. Stadiengerechte und kosmetisch ansprechende Chirurgie der Varicosis (Krampfadern).
6. Fibrinolytische oder auch operative Gerinnselentfernung bei tiefen Venenthrombosen.

Zunehmend werden minimal invasive Ballonkatheter-Techniken zur Erzielung eines optimalen Behandlungsergebnisses mit geringstmöglicher Patientenbelastung eingesetzt.
Die Klinik führt weit überregional Gefäßrekonstruktionen bei Diabetikern zur Vermeidung hoher Amputationen durch.
Gesamtzahl der im abgelaufenen Kalenderjahr behandelten ambulanten Patienten. Teilstationär/vollstationär (von Herrn Balmann)
Top ten Hauptdiagnosen
Top ten Operationen

AUFSTELLUNG DER HÄUFIGSTEN DRG FÜR DIE ABTEILUNG

Schlüssel	Bezeichnung	Fälle
F34	Andere große rekonstruktive Gefäßeingriffe ohne HerzLungenMaschine mit äußerst schweren CC	118
F33	Große rekonstruktive Gefäßeingriffe ohne Herz-Lungen-Maschine, mit Mehretagen- oder Aorteneingriff oder Reoperation	98
F59	Mäßig komplexe Gefäßeingriffe ohne Herz-Lungen-Maschine	85
F65	Periphere Gefäßkrankheiten	66
B19	Eingriffe an den extrakraniellen Gefäßen ohne äußerst schwere CC	63
F54	Gefäßeingriffe außer große rekonstruktive Eingriffe, ohne Herz-Lungen-Maschine, ohne komplizierende Prozeduren, ohne Revision, ohne komplexe Diagnose, Alter > 2 Jahre	52
F39	Unterbindung und Stripping von Venen	51
F36	Andere große rekonstruktive Gefäßeingriffe ohne HerzLungenMaschine ohne äußerst schwere CC	49
B04	Eingriffe an den extrakraniellen Gefäßen mit äußerst schweren CC	25
F38	Mäßig komplexe rekonstruktive Gefäßeingriffe ohne HerzLungenMaschine	25
Gesamt		**632**

AUFSTELLUNG DER HÄUFIGSTEN HAUPTDIAGNOSEN (ICD) FÜR DIE ABTEILUNG

Schlüssel	Bezeichnung	Fälle
E11	Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-2-Diabetes]	213
I70	Atherosklerose	197
I65	Verschluss und Stenose präzerebraler Arterien ohne resultierenden Hirninfarkt	88
T82	Komplikationen durch Prothesen, Implantate oder Transplantate im Herzen und in den Gefäßen	75
I83	Varizen der unteren Extremitäten	53
I74	Arterielle Embolie und Thrombose	42
I71	Aortenaneurysma und -dissektion	26
I80	Thrombose, Phlebitis und Thrombophlebitis	16
T81	Komplikationen bei Eingriffen, anderenorts nicht klassifiziert	16
I72	Sonstiges Aneurysma	15
Gesamt		**741**

AUFSTELLUNG DER HÄUFIGSTEN OPERATIONEN BZW. EINGRIFFE (OPS) FÜR DIE ABTEILUNG

Schlüssel	Bezeichnung	Fälle
5-381	Endarteriektomie	413
5-393	Anlegen eines anderen Shuntes und Bypasses an Blutgefäßen	303
5-380	Inzision, Embolektomie und Thrombektomie von Blutgefäßen	195
5-386	Andere Exzision von (erkrankten) Blutgefäßen und Transplantatentnahme	172
5-893	Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] und Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	167
8-836	Perkutan-transluminale Gefäßintervention	133
5-394	Revision einer Blutgefäßoperation	132
5-385	Unterbindung, Exzision und Stripping von Varizen	108
5-395	Patchplastik an Blutgefäßen	90
5-384	Resektion und Ersatz (Interposition) an der Aorta	57
Gesamt		**1.770**

Ambulante Operationen nach § 115 SGB 5. An ambulanten Eingriffen werden Hämodialyseshuntoperationen und Vorhofkatheterimplantationen sowie Eingriffe bei Varicosis durchgeführt, ferner Portimplantationen zur Chemo- oder Schmerztherapie. Gesamtzahl der ambulanten Operationen (Herr Balmann).
Die ambulante bzw. stationäre Rehabilitation erfolgt in enger Zusammenarbeit mit der Geriatrischen Klinik bzw. Tagesklinik, für die ambulante Pflege stehen mehrere Pflegedienste zur Verfügung. Die Prothesenversorgung meist über die Geriatrie durch die Mitarbeiter der Fa. Kraft, in Kooperation mit der Medizinischen Klinik II besteht die Möglichkeit zur Diabetikerschulung. Mit Zuweisung von 10 angiologischen Betten (Angiologie ist ein Teilgebiet der inneren Medizin, welches die Gefäßchirurgie ergänzt und sich mit der Diagnostik und nichtoperativen Behandlung von Gefäßerkrankungen beschäftigt) erfüllt das St.-Marien-Hospital seit 2004 auch die formalen Voraussetzungen für die Anerkennung als Gefäßzentrum.
Die perioperative Schmerztherapie wird durch die Ärzte der Gefäßchirurgischen Klinik zusammen mit der Schmerztherapie (leitender Oberarzt Dr. Lux) wahrgenommen. Die Dialysebehandlung wird durch die Dres. Schumann und Meiners im Dialysezentrum Lünen-Brambauer sichergestellt. Die Kollegen halten im Hause 4 Dilayseplätze mit 24h-Bereitschaft vor.

3.5. PLANBETTEN

Die Gefäßchirurgische Klinik hielt zum 31.12.2005 *40* stationäre Betten vor.

4. TECHNISCHE AUSSTATTUNG

Die **Ambulanz** verfügt über zwei Untersuchungsräume sowie ein Wartezimmer mit Toilette, die Untersuchungsräume sind mit bequemen Liegen ausgestattet. Zur Verschlussdruckmessung wird ein stationäres und ein mobiles Dopplergerät vorgehalten, im 1. Raum steht ferner ein Farbduplexgerät mit einer linearen und Sektorsonde zur Ultraschalldiagnostik des gesamten Gefäßsystems. Im 2. Raum wird ein Phlebolab mit der Möglichkeit zur arteriellen und venösen Diagnostik vorgehalten, auf dem hierzu installierten Computer ist ein Softwareprogramm zur Bildbearbeitung für die in der Ambulanz vorgehaltene Digitalkamera installiert. Bilder können hier auch direkt ausgedruckt werden. Der erste Untersuchungsraum mit dem Duplexgerät ist mit einem vernetzten PC ausgestattet.
Auf der **Station** finden sich in den Arztzimmern ebenfalls vernetzte PC's zur Dokumentation, für die Dopplerdiagnostik am Krankenbett steht ein mobiles Dopplergerät zur Verfügung. Weitergehende Diagnostik wird in der Ambulanz durchgeführt, da die Wege sehr kurz sind.
Im **OP** wird ebenfalls ein mobiles Dopplergerät vorgehalten, das Monitoring bei der Carotischirurgie wird Online mittels Oxymetrie durchgeführt.

5. QUALITÄTSSICHERUNG

Ein zertifiziertes Qualitätsmanagement ist im St.-Marien-Hospital noch nicht flächendeckend eingeführt. Für die Gefäßchirurgie bedeutet dies, dass die vom Chefarzt vorgegebenen Standards in Bezug auf Organisation, Diagnostik und Behandlung verbindlich sind. Sie sind nicht verschriftet, werden aber mit Eintritt in die Gefäßchirurgische Klinik im Rahmen der täglichen Praxis und Ausbildung an die nachgeordneten Mitarbeiter weitergegeben.
Dem Chefarzt und den Oberärzten obliegt die operative Versorgung der Patienten nach abteilungsinternen Richtlinien. Alle operativen Verfahren sind in Bezug auf technische Durchführung und zu verwendende Materialien standardisiert, in täglichen Besprechungen werden Vorgehensweisen erörtert und verbindlich festgelegt.
Die Assistenten versorgen die Patienten auf der Station und nehmen selbstverständlich am Operationsprogramm teil. In geeigneten Fällen erfolgen im Rahmen der Weiterbildung Lehrassistenzen.
Die Dokumentation aller relevanten Befunde der elektronischen Patientendokumentation erfolgt in Cymed durch die Assistenten. Frau Verbücheln verfügt als frühere Controllerin über große Erfahrung bei der DRG-Verschlüsselung und schließt die Fälle persönlich ab. Eine Qualitätskommission ist in der Abteilung nicht etabliert, ebenso wenig eine Qualitätskonferenz, Probleme in der Ablauforganisation und bei der Patientenversorgung bzw. Komplikationen im Behandlungsverlauf werden jedoch bei den täglichen Besprechungen erörtert, um gemeinsame Lösungsmöglichkeiten zu finden.

5.2. METHODEN & DEFINIERTE VERFAHREN

Eine Eigen- oder Fremdbewertung wurde bislang nicht durchgeführt, eine Zertifizierung nach einem definierten Verfahren (DIN-ISO) steht noch aus. Im Klinikführer Rhein-Ruhr 2005-2006, herausgegeben vom Initiativkreis Ruhrgebiet, Klartext Verlag, Essen 2005, wurde die Klinik aber außerordentlich positv bewertet.

5.3. PROZESSE
5.3.1. PATIENTENVERSORGUNG
5.3.1.1. ALLGEMEINE INFORMATIONEN

Sekretariat und Ambulanz als zentrale Aufnahme und Organisationseinheit.
In der Gefäßchirurgischen Klinik funktionieren Sekretariat und Ambulanz als zentrale Organisations- und Aufnahmeeinheit. Alle Patienten, mit Ausnahme der Notfallpatienten, werden zur Untersuchung einbestellt, um die Wartezeit möglichst kurz zu halten und Zeit für ein ausführliches Gespräch und alle notwendigen Untersuchungen zu haben. Damit wird sofort eine gute Vertrauensbasis hergestellt. Aus dem gleichen Grund erfolgt der Patientenerstkontakt in der Ambulanz, entweder durch den Chefarzt oder durch die Oberärzte, um größtmögliche fachliche Kompetenz zu gewährleisten. Nach Abschluss der Untersuchung, die typischerweise die Dopplerdiagnostik bei arteriellen und venösen Erkrankungen sowie eine Duplexdiagnostik z. B. bei Carotiden umfasst, werden alle Befunde zusammengefasst und diktiert, sodass dem Hausarzt unmittelbar, spätestens jedoch am folgenden Tag ein maschinengeschriebener Arztbrief zugeleitet werden kann. Diagnose, ggf. erforderliche weitere Untersuchungen und ein Therapievorschlag sind schriftlich formuliert. Über die Sekretärin wird nach Rücksprache mit der Station der Aufnahmetermin vereinbart und ggf. erforderliche Funktionsdiagnostik bereits angemeldet. So weiß die Station bereits vom Eintreffen des Patienten über Diagnostik und am Aufnahmetag vorgesehene weitere Untersuchungen Bescheid, ohne dass zeitraubende Rückfragen im Sekretariat notwendig werden.

1. INTEGRIERTE THERAPIE UND DIAGNOSTIK AM BEISPIEL DER CAROTISOPERATION:

Die Diagnostik und Therapie der Patienten mit einer Carotisstenose (Einengung der Halsschlagader) ist von allen Prozessabläufen am weitesten standardisiert und soll deshalb hier exemplarisch dargestellt werden. Durch die Standardisierung ist es gelungen, ein sehr hochwertiges Therapieregime zu etablieren. Wesentliche diagnostische Maßnahme bei der Carotisstenose ist die farbcodierte Ultraschalldiagnostik, die bei der Entdeckung und bei der Einschätzung des Stenosegrades hier eine Treffsicherheit von weit über 90 % hat. Bei hohen Carotisgabeln oder sehr verkalkter Strombahn und damit fehlender Erkennbarkeit im Ultraschall wird ausnahmsweise noch eine Angiographie angefertigt, dies betrifft aber allenfalls 5 % der Patienten. Durch die Angiographie, die mit einem Schlaganfallsrisiko von etwa 1 % behaftet ist, erhöht sich das Schlaganfallsrisiko bei der Behandlung der Carotisstenose bereits um mehr als das Doppelte. Mit Festlegung der Operationsindikation erfolgt bereits in der Ambulanz die Blutabnahme, die Anmeldung weiterer

Untersuchungen (Röntgen Thorax, Echokardiographie etc.) und die Festlegung des Aufnahmetermins. Am Aufnahmetag wird die Diagnostik komplettiert, die abgeschlossene Operationsvorbereitung wird per Checkliste überprüft. Am Folgetag wird der Patient operiert: Nach Darstellung der Halsschlagadergabel erfolgt die Vollheparinisierung mit 5.000 I.E. Liquemin, danach wird die Halsschlagadergabel abgeklemmt. Die Hirndurchblutung wird während der Abklemmungsphase durch Oxymetrie gemessen. Standardoperationsverfahren, welches in mehr als 97 % der Fälle zur Anwendung kommt, ist die Eversionsendarteriektomie. Bei Absinken der Oxymetriewerte um mehr als 20 %-Punkte wird ein Shunt eingelegt. Nach durchgeführter Endarteriektomie (Ausschälung) wird die Halsschlagader mit 6/0 Prolene fortlaufend wieder vernäht. Nach sorgfältiger Blutstillung und Redondrainage erfolgt der Wundverschluss. Der neurologische Status wird orientierend bereits mit dem Aufwachen aus der Narkose geprüft, eine feinere Diagnostik erfolgt auf der Intensivstation. Mit Rückverlegung des Patienten auf die Allgemeinstation wird am 2. postoperativen Tag eine neurologische Konsiliaruntersuchung wie auch schon am Aufnahmetag durchgeführt. Der Wundfaden wird am 6. postoperativen Tag entfernt, dann erfolgt auch eine Ergebniskontrolle mittels farbcodierter Ultraschalldiagnostik. Anschließend wird der Patient entlassen. Die Dokumentation über Verlauf und Behandlungsergebnis erfolgt im Qualitätssicherungsbogen der Bundesgeschäftsstelle für Qualitätssicherung; der Bogen wurde vor Jahren von der Deutschen Gesellschaft für Gefäßchirurgie initiiert, seit 1996 – also weit vor der gesetzlichen Verankerung – nimmt die Gefäßchirurgische Klinik an dieser Qualitätssicherungsmaßnahme teil. Als Ergebnis dieser Maßnahme ist festzuhalten, dass die Qualität der Carotischirurgie im Vergleich zu anderen Kliniken weit überdurchschnittlich ist. Die operative Schlaganfallsfrequenz liegt unter 1 Prozent. Als weitere Maßnahme ist die Einführung von standardisierten Behandlungspfaden für andere Krankheitsbilder vorgesehen. In 2005 waren die Ergebnisse der Carotischirurgie durch die BQS nicht zu beanstanden.

2. WEITERES BEISPIEL: VERLEGUNGS- UND ENTLASSUNGSMANAGEMENT

In der Gefäßchirurgischen Klinik gelten klare Regeln für die Verlegung und Entlassung, um den durch die Einführung der DRG's deutlich verkürzten Verweildauern Rechnung tragen zu können. Bei glatten Verläufen gilt als optimaler Entlassungszeitpunkt die untere Grenzverweildauer + ein weiterer Behandlungstag, die Entlassung wird mit dem Oberarzt und der Pflege kurz abgesprochen. In komplexen Fällen bzw. bei Komplikationen entscheidet der Oberarzt über Entlassung oder Verlegung, in schwierigen Fällen auch der Chefarzt. All die Maßnahmen führen dazu, dass der ganz überwiegende Anteil elektiv behandelter Patienten zum Entlassungs- oder Verlegungszeitpunkt über alle notwendigen Informationen und Dokumente verfügt.

Stationsvisiten werden täglich durch die Assistenten zusammne mit der Pflege durchgeführt, zweimal in der Woche in Begleitung der Oberärzte und einmal in der Woche in Begleitung durch Chef- und Oberärzte. Inhalt der Visiten sind Kontrolle und Dokumentation des Behandlungsablaufes, rechtzeitiges Erkennen von Problemen oder Komplikationen und die Evaluierung der Patientenzufriedenheit.

Im Ergebnis führt diese Art der Visitengestaltung dazu, dass Ärzte und auch die Pflege optimal über Behandlungsverläufe informiert sind und Komplikationen rechtzeitig erkannt und behandelt werden können.

BESPRECHUNGEN UND KONFERENZEN

Routinebesprechungen und Konferenzen sind in der Gefäßchirurgischen Klinik auf ein Minimum reduziert, um möglichst viel Zeit für Patienten und OP zu haben. Der Leiter der Abteilung geht davon aus, dass nicht ein Maximum, sondern ein Optimum an Kommunikation zielführend ist. Besprechungen oder Konferenzen werden daher auf Anforderung einberufen, um wirklich wesentliche Dinge oder problematische Fälle zu klären. Routineabläufe ohne besondere Vorkommnisse können normal abgearbeitet werden und bedürfen keiner weiteren Kommunikation. Routinen laufen dementsprechend auf Oberarzt- bzw. Assistentenebene, nur bei Problemen oder besonderen Fragestellungen wird fallweise der Chefarzt hinzugezogen. Gleiches gilt auch bei Indikationsbesprechungen.

Dienstübergaben erfolgen mündlich zwischen den Assistenten und den Oberärzten.

Interdisziplinäre Besprechungen erfolgen ebenfalls auf Anforderung, turnusmäßige Besprechungen ohne Inhalte werden so vermieden.

Die Schmerztherapie ist Bestandteil der chirurgischen Versorgung. Prä- und postoperative Schmerzen werden nach Möglichkeit zunächst mit Standardanalgetika als Basismedikation und bei Schmerzspitzen durch zusätzliche Gaben versorgt und ein Basisbolusprinzip, wobei starken Schmerzen selbstverständlich auch durch Opiate. In Problemfällen kann Herr Dr. Lux aus dem Schmerztherapeutischen Zentrum konsiliarisch angefordert werden, hier kann das gesamte schmerztherapeutische Know-how von der oralen Medikation bis hin zur Peridualanästhesie oder Versorgung mit PCA-Pumpen abgerufen werden.

Die Erfassung der Patientenzufriedenheit erfolgt bislang nicht standardisiert, es gibt es jedoch sehr detaillierte Rückmeldungen an Ärzte und Pflege bezüglich der Zufriedenheit mit der stationären Behandlung. Wie bereits erwähnt wurde die Klinik im Klinikführer Rhein Ruhr 2005-2006 durch Patienten bewertet, die Zufiedenheit mit den Ärzten erreichte 4, mit der Pflege 2 und mit dem Erfolg 3 von maximal 4 Punkten.

5.3.1.2. PROJEKTE IN 2005

Keine Angaben für das Berichtsjahr.

5.3.2. MITARBEITER

5.3.2.1. ALLGEMEINE INFORMATIONEN

Eine strukturierte Vorgehensweise bei der Einarbeitung neuer Mitarbeiter gibt es nicht. Typischerweise ist zum Zeitpunkt der Einstellung nicht klar, ob und inwieweit im chirurgischen Bereich schon manuelle Fertigkeiten ausgebildet sind, die eine operative Ausbildung unter ober- bzw. chefärztlicher Assistenz schon zulassen. Neue Mitarbeiter werden daher den Fachärzten zunächst als Assistenten zur Seite gestellt, um im Operationssaal vorhandene Fähigkeiten zu überprüfen bzw. neue Fähigkeiten zu trainieren. Werden Eingriffe von Assistenten gut assistiert und vom organisatorischen Ablauf her beherrscht, erfolgt im Rahmen der Assistentenweiterbildung die Lehrassistenz.
Auf der Station werden neue Mitarbeiter im Sinne eines Learning by doing unter ständiger Supervision durch gleichrangige bzw. vorgesetzte Mitarbeiter integriert. Neue Mitarbeiter erlernen damit durch direkten Umgang bzw. Anwendung die abteilungsinternen Standards und werden damit in die Lage versetzt, ihre Aufgaben vollständig zu erfassen und zu übernehmen.

5.3.2.2. PROJEKTE IN 2005

Keine Angaben für das Berichtsjahr.

5.3.3. SICHERHEIT & UMWELT

5.3.3.1. ALLGEMEINE INFORMATIONEN

Zur Erhöhung der Patientensicherheit in der operativen Versorgung wurden für die OP-Vorbereitungen Check-Listen entwickelt. Das Ziel dieser Maßnahme war, alle Patienten beim Eintreffen im OP mit sämtlichen Unterlagen auszustatten, so dass keine Verzögerungen eintreten können. Seitens der Anästhesie wurde auch eine klare Regelung der Patienten zum OP bzw. für die Einschleusung erarbeitet. Eine Reorganisationsmaßnahme für den Zentral-OP mit Erstellung klarer Abläufe und Abfassung eines Organisationshandbuches wurde in 2005 nahezu abgeschlossen und steht in 2006 zur Erprobung an.
Zur Vermeidung von Nadelstichverletzungen werden jährliche Schulungen zum Thema „Unfallverhütung“ im Umgang mit infektiösem Patienten bzw. Umgang mit Kanülen mit entsprechendem Material durchgeführt.
Ein detaillierter Katastrophenschutzplan ist aufgestellt und wird turnusgemäß aktualisiert. Für den Brandschutz gibt es durch die Technische Abteilung turnusmäßige Unterweisung und Übung, die Fluchtwege sind den gesetzlichen Anforderungen entsprechend gekennzeichnet. Die Einführung in den Strahlenschutz obliegt dem Strahlenschutzbeauftragten. Dieser kontrolliert auch das Vorliegen der entsprechenden Bescheinigung für das ärztliche und das weitere Personal.
Die Verantwortlichkeiten bezüglich des Medizinproduktegesetzes sind klar geregelt. Die Mitarbeiter sind vor Benutzung eines Gerätes ordnungsgemäß eingewiesen, die Einweisung ist anhand des Gerätebuches nachvollziehbar.

5.3.3.2. PROJEKTE IN 2005

Keine Angaben für das Berichtsjahr.

5.3.4. DATENSCHUTZ & DATENSICHERHEIT

5.3.4.1. ALLGEMEINE INFORMATIONEN

Aufgrund der zunehmenden Papierflut und der Einführung des Krankenhausinformationssystems nimmt die Bedeutung des Datenschutzes und der Datensicherheit immer mehr zu. Bei der Information von Auskunftsstellen ist es deshalb wichtig, die Herausgabe von Patientendaten an unberechtigte Dritte zu vermeiden. Die Beachtung Datenschutz relevanter Bestimmungen obliegt unserem Datenschutzbeauftragten, Herrn Ritter. Abteilungsintern gilt die verbindliche Handlungsanweisung, nur die gesetzlich zulässigen Krankenkassen- bzw. Amtsanfragen zu beantworten. Strittige Fälle werden vom Chefarzt bzw. den Oberärzten zusammen mit dem Datenschutzbeauftragten geregelt.
Der Zugang zu Patientendaten ist passwortgeschützt, zu entsorgende Akten werden in Spezialcontainern ohne externe Zugriffsmöglichkeit gesammelt und geschreddert.
Zunehmend häufigere Angiografie-Konsile aus anderen Kliniken per e-mail sind durch pgp-Verschlüsselung vor dem Zugriff Dritter geschützt.

5.3.4.2. PROJEKTE IN 2005

Keine Angaben für das Berichtsjahr.

5.3.5. ORGANISATION, FÜHREN & LEITEN

5.3.5.1. ALLGEMEINE INFORMATIONEN

Das grundsätzliche Organisations-, Führungs- und Leitungskonzept der Abteilung obliegt dem Chefarzt. Die Mitarbeiter werden auf Entscheidung des leitenden Arztes ihren Fähigkeiten entsprechend in verschiedenen Funktionsbereichen eingesetzt. Der Sachmittelverbrauch und die Leistungszahlen werden im Rahmen eines monatlichen Berichtswesens mit der Verwaltung erläutert. Problematische Entwicklungen, vor allen Dingen im Kosten- und Belegungsbereich, werden erläutert, in gleicher Sitzung wird auch nach Lösungsmöglichkeiten gesucht. Die Dienstplangestaltung wird gemäß den gesetzlichen Anforderungen durch die Oberärzte und Assistenzärzte selbst durchgeführt. Gleiches gilt für die Urlaubsplanung, wobei der Chefarzt zur Vermeidung von Engpässen die letzte Entscheidung hat. Die Oberärzte werden regelmäßig über relevante Daten der Abteilung und des Krankenhauses informiert bzw. nehmen an wichtigen Besprechungen mit der Betriebsleitung oder der Verwaltung teil.

5.3.5.2. PROJEKTE IN 2005

Keine Angaben für das Berichtsjahr.

5.3.6. EXTERNE BEZIEHUNGEN & NETZWERKE

5.3.6.1. ALLGEMEINE INFORMATIONEN

Die Zusammenarbeit mit anderen Fachabteilungen ist durch das typische Konsiliarwesen gekennzeichnet. Mit dem Mariannen-Hospital in Werl, dem St. Elisabeth-Krankenhaus in Iserlohn und den Städt. Kliniken Bielefeld besteht eine enge Kooperation auf dem Gebiet des diabetischen Fußsyndroms. Aus diesen Krankenhäusern werden der Gefäßchirurgischen Klinik des St.-Marien-Hospitals schwerpunktmäßig Patienten zur Revaskularisation zugeleitet. Aufgrund der Zentrumsfunktion der Gefäßchirurgischen Klinik beim diabetischen Fußsyndrom laufen derzeit Sondierungsgespräche für die Einrichtung eines integrierten Versorgungskonzeptes.
Die Zusammenarbeit mit der Presse und ggf. auch dem Fernsehen wird durch den Medienbeauftragen, Herrn Ritter, bewerkstelligt.

5.3.4.3. PROJEKTE IN 2005

Ende 2005 wurden im St.-Marien-Hospital 10 angiologische Betten per Beschluß der Bezirksregierung ausgewiesen. Die Ausschreibung der neuen Abteilungsleitung und auch die Integration in die vorhandenen Strukturen stehen noch aus, denkbar wäre eine Verbindung mit der Diabetologie und in Kooperation mit der Gefäßchirugie auch die zukünftige Einrichtung einer interdisziplinären Fußstation – zur Zeit aber noch Zukunftsmusik.

5.3.7. EXTERNE QUALITÄTSSICHERUNG, VERGLEICHE & BENCHMARKING

5.3.7.1. ALLGEMEINE INFORMATIONEN

Die Gefäßchirurgische Klinik nimmt seit Jahren an externen Qualitätssicherungsmaßnahmen teil. An der Bundesgeschäftsstelle für Qualitätssicherung ist aktuell für die Gefäßchirurgie die Teilnahme an der Qualitätssicherungsmaßnahme „Carotis“ (Halsschlagadereingriffe) verbindlich. Hier werden die Daten im Rahmen des Patientendokumentationssystems erfasst und elektronisch weitergeleitet. Überdies gibt es eine Qualitätssicherungsmaßnahme der Deutschen Gesellschaft für Gefäßchirurgie zum Bauchaortenaneurysma. Auch hier werden alle operierten Aneurysmapatienten mittels eines standarisierten Dokumentationsbogens erfasst und die Daten zur Weiterverarbeitung an die Deutsche Gesellschaft für Gefäßchirurgie weitergeleitet.

5.3.7.2. PROJEKTE IN 2005

Keine Angaben für das Berichtsjahr.

5.3.8. CONTROLLING, INVESTITIONS & FINANZMANAGEMENT

5.3.8.1. ALLGEMEINE INFORMATIONEN

Die Bereiche Controlling, Investitions- und Finanzmanagement sind als typische Steuerungselemente eines Krankenhauses heute unverzichtbar. Im Rahmen monatlicher Gespräche werden Abteilungsbudget und der medizinische Sachbedarf analysiert und besprochen, in dem regelmäßig aktuelle Auswertungen seitens der Verwaltung zur Analyse vorgelegt werden. Hierbei wurde erkannt, dass aufgrund eines Bettenmangels in der Gefäßchirurgischen Station die untere Grenzverweildauer in der Abteilung mehrfach unterschritten wurde, da Patienten sehr zügig zurückverlegt werden mussten, um der Nachfrage der Abteilung gerecht zu werden. Als Maßnahme wurden der Gefäßchirurgie im Laufe des Jahres 2004 *10* weitere Betten zur Verfügung gestellt, sodass die Patienten behandelt werden konnten. Die Maßnahme hat dazu geführt, dass die untere Grenzverweildauer nur noch sehr selten unterschritten wird.
Investitionen werden im Rahmen eines Investionsmittelplanes jährlich abgefragt und im Rahmen der Betriebsleitungssitzung nach Prioritäten geordnet. Das 10 Jahre alte und mittlerweile defekte Duplexsonografiegerät wurde Mitte 2005 durch ein exzellentes Gebrauchtgerät ersetzt.

5.3.8.2. PROJEKTE IN 2005

Keine Angaben für das Berichtsjahr.

5.3.9. EINKAUFSMANAGEMENT & LOGISTIK

5.3.9.1. ALLGEMEINE INFORMATIONEN

Zur Lagerhaltung kostenintensiver Gefäßprothesen, Stents und Katheter wurde bei den zuliefernden Firmen ein Konsignationslager entwickelt, um alle notwendigen Prothesengrößen und –längen vorrätig zu haben, ohne diese direkt kaufen zu müssen. Es erfolgt die monatliche Abrechnung der verbrauchten Prothesen durch Mitarbeiter der Lieferfirmen zusammen mit der stellvertretenden OP-Leitung. Im Ergebnis sind Materialfluss und Bevorratung durch dieses System optimal.

5.3.9.3. PROJEKTE IN 2005

Keine Angaben für das Berichtsjahr.

6. WEITERGEHENDE INFORMATIONEN

Bei weitergehendem Interesse an der Abteilung stehen Ihnen alle Mitarbeiter gerne zur Verfügung. Ein Kontakt kann über das gefäßchirurgische Sekretariat unter der Telefonnummer 02306-772930 oder auch per E-Mail cg@smh-online.de hergestellt werden.

7. SCHLÜSSELERGEBNISSE

Eine durchschnittliche Belegung von fast als 107 Prozent im Jahr 2005 belegt eine hohe Akzeptanz der Gefäßchirurgischen Klinik . Durch Zuweisung von insgesamt jetzt 40 Betten konnte die in 2004 häufig notwendige Unterschreitung der unteren Grenzverweildauer ab Mitte 2004 weitestgehend vermieden werden.

Die Gefäßchirurgische Klinik ist bei der Therapie des diabetischen Fußsyndroms als kompetenter Ansprechpartner etabliert und kooperiert überregional mit anderen Häusern. In Zusammenarbeit mit dem Mariannen-Krankenhaus in Werl konnte die Zahl hoher Amputationen bei den gemeninsam behandelten Patienten auf 6 Prozent vermindert werden, bundesweit werden leider immer noch mehr als die Hälfte aller Patienten mit einem Fußsyndrom hoch amputiert. Aufgrund dieses Ergebnisses laufen Sondierungsgespräche mit den Kassen zur Etablierung einer integrierten Versorgung.

Durch eine Standardisierung des diagnostischen und therapeutischen Vorgehens im Sinne eines Clinical Pathways konnten exzellente Ergebnisse in der Carotischirurgie erzielt werden. Die kombinierte Mortalitäts-/Morbiditätsrate (Schlaganfall/Tod) liegt insgesamt unter 1 Prozent.

In 2003 wurden nur 17 Eingriffen bei Vorliegen eines Aortenaneurysmas durchgeführt. Eine Letalität war nicht zu verzeichnen, auch nicht bei den Patienten mit einer Aortenruptur. Dies ist wahrscheinlich der Fehler der kleinen Zahl, demonstriert aber auch eindringlich, daß nicht zwingend eine Korrelation zwischen OP-Anzahl und Versorgungsqualität besteht. In 2004 wurden 27 Aneurysmapatienten operiert, die Auswertung der Daten durch die Deutsche Gesellschaft für Gefäßchirurgie steht noch aus. In 2005 wurden 35 Aortenaneurysmapatienten operiert, wobei bei 2 Hochrisikopatienten die endovaskuläre Aneurysmaausschaltung (EVAR) mittels Aortenstentprothese erfolgte.

Im Vergleich zu früheren Jahren konnten verbesserte Techniken und Materialien die Komplikationsraten senken, so daß diese Therapieoption jetzt vermehrt angeboten wird.

Die Zahl endovaskulärer Theerapieverfahren hat in der Gefäßchirurgie überhaupt erheblich zugenommen. PTA und Stenting der Nierenarterien haben sich als Standardverfahren etabliert, der Eingriff wird im Op durchgeführt, so daß im Falle einer (zwar nur seltenen) Komplikation (Ruptur, Verschluß) direkt operiert werden kann. Gleiches gilt für die endovaskuläre Rekanalisation eingeengter Extremitätengefäße, die auch am Unterschenkel (diabetisches Fußsyndrom!) angewendet wird. Hier wird mit Koronarinstrumentarium gearbeitet.

Sicherlich werden in der Zukunft die endovaskulären Therapieverfahren in weitere, jetzt noch eher klassisch operative Bereiche vordringen und diese ergänzen oder teilweise ersetzen. Die hiesige Gefäßchirurgie ist – auch im Einklang mit der eigenen Standortbestimmung der Deutschen Gesellschaft für Gefäßchirugie – durch die Etablierung dieser Techniken im eigenen Repertoire bestens auf diese Entwicklung vorbereitet.

8. ZUSAMMENFASSUNG UND AUSBLICK

Die Gefäßchirurgische Klinik hat sich in den 10 Jahren ihres Bestehens einen soliden Ruf erarbeitet. Dank gilt an dieser Stelle allen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Ärzteschaft und der Pflege. Die versorgten Gefäßpatienten gehören bezüglich der Fallschwere zu den anspruchsvollsten, erkennbar am höchsten CMI-Wert des Versorgungsbereiches Westfalen- Lippe,.

Besonders gute Ergebnisse werden in der Carotischirurgie, der Aortenchirurgie und bei Bypasses im Rahmen des diabetischen Fußsyndroms erzielt, vorhandene Stärken wurden erkannt und werden kontinuierlich fortentwickelt. Zukünftige Konzepte zur sinnvollen Einbindung der neuen Angiologie sind noch zu erarbeiten.

VII-V GERIATRISCHE KLINIK, PHYSIKALISCHE THERAPIE, RHEUMATOLOGIE SOWIE FRÜHREHABILITATION

1. Vorwort ... 229
2. Verfasser ... 229
3. Basisinformationen ... 229
3.1. Inhalte, Auftrag & Ziele ... 229
3.2. Organisationsstrukturen, Leitung & Zuständigkeiten ... 229
3.3. Personal ... 230
3.3.1. Stellenplan & Qualifikationen ... 230
3.3.2. Weiterbildungsermächtigung(en) ... 230
3.3.3. Traineeprogramme, Praktika & Hospitationen ... 230
3.3.4. Lehre, Forschung & Entwicklung ... 230
3.4. Leistungsspektrum, Schwerpunkte & Serviceangebote ... 231
3.5. Planbetten ... 234
4. Technische Ausstattung ... 234
5. Qualitätssicherung ... 234
5.1. Strukturen & Organisation ... 234
5.2. Methoden & definierte Verfahren ... 235
5.3. Prozesse ... 235
5.3.1. Patientenversorgung ... 235
5.3.2. Mitarbeiter ... 236
5.3.3. Sicherheit & Umwelt ... 236
5.3.4. Datenschutz & Datensicherheit ... 237
5.3.5. Organisation, Führen & Leiten ... 238
5.3.6. Externe Beziehungen & Netzwerke ... 238
5.3.7. Externe Qualitätssicherung, Vergleiche & Benchmarking ... 238
5.3.8. Controlling, Investitions- & Finanzmanagement ... 239
5.3.9. Einkaufsmanagement & Logistik ... 239
6. Weitergehende Informationen ... 239
7. Schlüsselergebnisse ... 239
8. Zusammenfassung & Ausblick ... 240
9. Christlichkeit, Ethik & Spiritualität (optional) ... 240

1. VORWORT

Geriatrie behandelt vorwiegend Alterskrankheiten und ihre Folgen, um eine größtmögliche Selbständigkeit des älteren Menschen in seiner Lebensführung zu erhalten.
Der vorliegende Qualitätsbericht gibt einen kurzen Überblick über das Leistungsspektrum und die Leistungsfähigkeit der geriatrischen Klinik und Tagesklinik einschließlich der Frührehabilitation. Der geriatrischen Klinik ist noch die Rheumatologie mit einem eigenen Immunologie-Labor angegliedert. Die gesamte physikalische Abteilung ist ebenfalls dieser Klinik zugeordnet. Dieser Qualitätsbericht soll die tägliche Arbeit an den Patienten darlegen und für den Patienten transparent sein.

2. VERFASSER

Prof. Dr. med. Harald Mattern
(OÄ: **Dr. A. Gerlach, Dr. H. Günther**)

3. BASISINFORMATIONEN
3.1. INHALTE, AUFTRAG & ZIELE

Die geriatrische Klinik und Tagesklinik betreibt eine Akutgeriatrie; mit ihrem multiprofessionellen Team werden der Kreis Unna und Teile von Dortmund versorgt. Folgende Aufgaben werden entsprechend den Vorgaben der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie wahrgenommen:

- Alters- und krankheitsspezifische Therapien
- Betreuung von chronisch Kranken
- Demenzbehandlungen
- Hierarchisierung der Krankheitsbilder
- Frührehabilitation, Geriatrische Rehabilitation
- Wiedereingliederung der Patienten in das gewohnte Umfeld
- Vertretung der Rechte der Patienten und Angehörigenarbeit
- Inhalte der Chefarzttätigkeit: Koordinierung, Qualitätssicherung
- Motivationsförderung, interne und externe Verhandlungen,
- Modernisierung der Abteilung ; Zielplanungen.

3.2. ORGANISATIONSSTRUKTUREN, LEITUNG & ZUSTÄNDIGKEITEN

Teamarbeit, das heißt alle Ärzte sind über alle Patienten genauestens informiert. Ein OA beaufsichtigt zusätzlich die physikalische Abteilung und der andere OA zusätzlich die Rheumatologie. Die Gesamtleitung untersteht dem Chefarzt.
Dreimal jährlich erfolgt an externem Ort eine Zielplanung für das kommende Jahr. Daran nehmen die OÄ und der CA teil. Das Ergebnis wird schriftlich fixiert und die Umsetzung nach sechs Monaten nachgeprüft.

3.3. PERSONAL

3.3.1 STELLENPLAN & QUALIFIKATIONEN

Die Fachabteilung weist zum Stichtag 31.12.2005 folgende Ist-Besetzung (Vollkräfte) auf: 1 CA – 2 OÄ – 4 AÄ
Der Facharztanteil entspricht mit vier Ärzten einem Anteil von 71 %.
CA Prof. Dr. Harald Mattern: FA für innere Medizin, Kardiologie, Rheumatologie, Geriatrie und physikalische Therapie.
OA Dr. Andreas Gerlach: FA für innere Medizin, Rheumatologie, Geriatrie und physikalische Therapie.
OA Dr. Harald Günther: FA für Allgemeinmedizin, Geriatrie, physikalische Therapie und Sportmedizin.

3.3.2. WEITERBILDUNGSERMÄCHTIGUNG

Der Chefarzt Prof. Dr. med. Harald Mattern verfügt über die folgenden Weiterbildungsermächtigungen:

Innere Medizin	24 Monate
Geriatrie	24 Monate
Rheumatologie	18 Monate
Laboruntersuchungen Innere Medizin	12 Monate
Physikalische Therapie	24 Monate

3.3.3. TRAINEEPROGRAMME, PRAKTIKA & HOSPITATION

Je zwei Praktikanten in der Ergotherapie und Logopädie
Jährliche Ausbildung von ca. 30 Schülern in der physikalischen Abteilung
Unterricht von Studenten der Universität Münster.

3.3.4. LEHRE, FORSCHUNG & ENTWICKLUNG

Der Chefarzt und die zwei Oberärzte sind Mitglieder in verschiedenen Organisationen und nehmen aktiv an Forschung und Lehre teil.
Deutsche Gesellschaft für Geriatrie (CA, OÄ, AÄ)
Deutsche Gesellschaft für Kardiologie (CA)
Rheinisch-westfälische Gesellschaft Innere Medizin (CA,OÄ)
Deutsche Gesellschaft für Rheumatologie (CA)
Bund Deutscher Internisten (CA, OA)
Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin (OA)
Deutsche Gesellschaft für neurologische Rehabilitation (OA)
Deutsche Gesellschaft Physikalische Medizin und Rehabilitation (OA)
Lehrauftrag Universitätsklinik Münster (CA)
Vorlesungen und Seminar an der Medizinische Univ.-Poliklinik Bonn (CA)
Lehrauftrag an der Univ. Witten-Herdecke (OA)
Prüfertätigkeit in der Ärztekammer Westfalen-Lippe (CA)

Tätigkeit Im Vorstand der Akademie für ärztliche Fortbildung (Sektion Geriatrie) (CA)
Doktorandenbetreuung (OA)
Dozententätigkeit an der Zentralen Krankenpflegeschule Lünen (OA, CA)
Wissenschaftliche Vorträge bei Tagungen der Dtsch. Gesellschaft für Geriatrie sowie der österreichischen Gesellschaft für Geriatrie (OA)
Vorträge am Bildungszentrum „Aktivum" des St.-Marien-Hospitals Lünen (CA, OÄ)
Buchbeiträge über Pflege im Alter und bei rheumatischen Erkrankungen (OA)
Fortbildungsveranstaltungen für Ärzte und Pflegetherapeuten
Ausbildung und Unterricht von Studenten
Der CA ist außerdem Ärztlicher Leiter der Zentralen Krankenpflegeschule Lünen e.V.
Der CA ist für vier Jahre zum ärztlichen Direktor des Krankenhauses gewählt worden

3.4. LEISTUNGSSPEKTRUM, SCHWERPUNKTE & SERVICEANGEBOTE

Die geriatrische Klinik betreibt eine Akutgeriatrie. Eine umfassende Diagnostik und Therapie internistisch-geriatrischer Krankheitsbilder im höheren Lebensalter werden durchführt. Der Klinik steht ein therapeutisches Team aus Ärzten, speziell geriatrisch ausgebildeten Krankenschwestern, Krankengymnasten, Physiotherapeuten, Logopäden, Ergotherapeuten sowie Sozialarbeitern und Seelsorgern zur Verfügung.
Ein zweiter Schwerpunkt ist die Frührehabilitation und die modern eingerichtete physikalische Therapie.
Eine Besonderheit der geriatrischen Klinik ist, dass der Klinik noch eine Rheumatologie mit zwei Fachärzten für Rheumatologie im Rahmen der inneren Medizin zugeordnet ist.

Folgende Leistungen und Schwerpunkte werden angeboten:

- Fachabteilungshauptdiagnosen: Cerebrale Insulte, Erkrankungen des Bewegungsapparates, immunologische Erkrankungen, Osteoporose, Herz-Kreislauferkrankungen, Demenzen, postoperative Frührehabilitation
- Rheumatologisch-immunologische Ambulanz
- Osteoporosesprechstunde
- KV – Ermächtigung für Rheumatologie im Rahmen Innere Medizin (CA)
- Rheumatologische und geriatrische Konsile
- Geriatrische Assessments
- Prothesenversorgung
- Stomatherapie
- Dekubitusprophylaxe
- Inkontinenzberatung
- Schmerztherapien
- Umfassende Physiotherapien

- Ergotherapien
- Kunsttherapie
- Logopädie
- Schlucktraining
- Hirnleistungstraining
- Angehörigenberatung
- Leistungsspektrum in der Physiotherapie: Krankengymnastik einschließlich nach Bobath bzw. auf neurophysiologischer Grundlage, manuelle Therapie, manuelle Lymphdrainage, Kompressions-, Schlingentisch-, Atemtherapie, Inhalation, Massagen, Gefäßtraining, Stangerbad, Unterwasserdruckstrahlmassage, Vier-Zellen-Bad, Bewegungsbad, Elektrotherapie, Ultraschallschmerzbehandlung, Kälte- und Wärmeanwendungen
- Medizinische Trainingstherapie

Die durchschnittliche Verweildauer betrug im Jahre 2005: stationär: 18,25 Tage; teilstationär: 14,36 Tage.
An Patienten wurden im Jahr 2005 behandelt:
Gesamtzahl der ambulanten Patienten: 950
Gesamtzahl der teilstationären Patienten: 301
Gesamtzahl der vollstationären Patienten: 781

AUFSTELLUNG DER HÄUFIGSTEN DRG FÜR DIE ABTEILUNG

Schlüssel	Bezeichnung	Fälle
B44	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems	75
I34	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung mit bestimmter OR-Prozedur bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe	49
I41	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe	49
B70	Apoplexie	45
I69	Knochenkrankheiten und spezifische Arthropathien	28
B67	Degenerative Krankheiten des Nervensystems	24
I68	Nicht operativ behandelte Erkrankungen und Verletzungen im Wirbelsäulenbereich	20
B63	Demenz und andere chronische Störungen der Hirnfunktion	18
F48	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems	18
I66	Andere Erkrankungen des Bindegewebes	14
Gesamt		**340**

AUFSTELLUNG DER HÄUFIGSTEN HAUPTDIAGNOSEN (ICD) FÜR DIE ABTEILUNG

Schlüssel	Bezeichnung	Fälle
I63	Hirninfarkt	91
S72	Fraktur des Femurs	76
M80	Osteoporose mit pathologischer Fraktur	35
G20	Primäres Parkinson-Syndrom	29
I70	Atherosklerose	15
I50	Herzinsuffizienz	14
M48	Sonstige Spondylopathien	14
M05	Seropositive chronische Polyarthritis	12
M17	Gonarthrose [Arthrose des Kniegelenkes]	12
G30	Alzheimer-Krankheit	11
Gesamt		**309**

AUFSTELLUNG DER HÄUFIGSTEN OPERATIONEN BZW. EINGRIFFE (OPS) FÜR DIE ABTEILUNG

Schlüssel	Bezeichnung	Fälle
8-550	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung	312
3-200	Native Computertomographie des Schädels	302
9-310	Phoniatrische Komplexbehandlung organischer und funktioneller Störungen der Sprache, des Sprechens, der Stimme und des Schluckens	165
1-632	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie	130
1-207	Elektroenzephalographie (EEG)	100
8-390	Lagerungsbehandlung	88
1-440	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas	77
3-705	Szintigraphie des Muskel-Skelettsystems	67
1-206	Neurographie	29
Gesamt		**1.270**

3.5. PLANBETTEN

40 Planbetten und 18 Tagesklinikplätze (Stichtag 31.12.05)

4. TECHNISCHE AUSSTATTUNG

Die geriatrische Klinik einschließlich der Rheumatologie verfügt über eine moderne apparative Ausstattung und erfüllt damit alle Voraussetzungen im Sinne einer guten Strukturqualität.

- Rheumatologisch-immunologisches Labor
- Ultraschallbasierte Knochendichtemessung, Ultraschallapparat für Schilddrüsen- , Abdomendiagnostik, B-Scan Halsgefäße
- Physikalische Abteilung einschließlich Bewegungsbad (Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, Logopäden)
- Kunsttherapie
- EDV-Ausstattung in allen Arztzimmern sowie auf allen Stationen und im Sekretariat
- Funktelefone

In Zusammenarbeit mit der radiologischen Klinik stehen ein Spiral-CT und ein Kernspintomograph zur Verfügung.
Alle im St.-Marien-Hospital vorhandenen technischen Möglichkeiten kommen auch den geriatrischen und rheumatologischen Patienten zugute.
Es besteht eine enge und vertrauensvolle Zusammenarbeit mit den anderen Fachbereichen des Hauses.
Das Haus verfügt über eine hervorragende Intensivstation. Hierdurch ist es möglich, auch im Rahmen der geriatrischen Notfallmedizin alle Therapieoptionen anzubieten.

5. QUALITÄTSSICHERUNG
5.1. STRUKTUREN & ORGANISATION

Der Chefarzt der geriatrischen Klinik ist für vier Jahre zum ärztlichen Direktor des Gesamthauses gewählt worden und hat zusätzlich verwaltungstechnische Aufgaben mit übernommen.
Folgende Aufgaben werden von Ärzten der geriatrischen Klinik wahrgenommen:

- Transfusionsverantwortlicher (CA)
- Vorsitz der Transfusionskommission (CA)
- Vorsitz der Hygienekommission (CA)
- Leiter des Zentral-Labors und Immunologie-Labors (CA)
- Leiter des „Aktivum“ und der Medizinischen Trainingstherapie (OA)
- Fortbildungszertifikate der Ärztekammer (CA, OÄ)
- Dokumentations-Arbeitsgruppe für das Gesamthaus (OA)
- Mitglied der Sektion Geriatrie der Akademie für ärztliche Fortbildung der ÄKWL und KVWL (CA)

5.2. METHODEN & DEFINIERTE VERFAHREN

Zur Anwendung kommen die Leitlinien für Erkennung und Behandlung der Osteoporose.
Interne Audits über Hämotherapie (Therapie mit Blutprodukten) (CA)

5.3. PROZESSE
5.3.1. PATIENTENVERSORGUNG
5.3.1.1. ALLGEMEINE INFORMATIONEN

Grund und Ziel ist die Sicherstellung eines qualitativ hochwertigen Diagnose- und Therapieregimes bei wirtschaftlichem Ressourceneinsatz. Durch verschiedene Maßnahmen im therapeutischen Team kommt es zur Sicherstellung der multimodalen Behandlung. Jeder neu aufgenommene Patient wird vom CA oder von einem Facharzt am gleichen Tage gesehen und die Therapieplanung besprochen und Behandlungsabläufe festgelegt.
Schmerztherapie wird mit dem Ärzteteam besonders erörtert.
Bei Entlassung oder Verlegung der Patienten erfolgt nochmals eine abschließende medizinische Beurteilung des Krankheitsbildes durch das Ärzteteam.
Die Konsiliaruntersuchungen werden von den OÄ durchgeführt.
In der geriatrischen Klinik besteht ein Rufbereitschaftsdienst; bei akutem Notfall in der Nacht oder an Feiertagen wird der im Hause anwesende Arzt der inneren Abteilung oder das Notfallteam, das mit Anästhesisten besetzt ist, gerufen.

FALLBESPRECHUNGEN

Zur Erfassung des Gesundheitszustandes des Patienten werden bei Aufnahme und bei Entlassung Assessments vorgenommen sowie weitere Assessments, um eine Gefährdung des Patienten weitgehends auszuschließen.
In der Rheumatologie kommen verschiedene Scores zur Erfassung medizinischer Ergebnisse zur Anwendung.

VISITEN & TEAMBESPRECHUNGEN

Regelmäßige tägliche Visiten durch den Assistenzarzt
Regelmäßige Visite am Wochenende und an Feiertagen durch Assistenz- und Oberarzt
Chefvisite mittwochs Tagesklinik und donnerstags Stationsvisite
Oberarztvisite montags von 9.30 bis 12.00 Uhr
Teambesprechung (Ärzte, Pflegepersonal, Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, Logopäden und Sozialarbeiter) jeden Dienstag für die stationären und jeden Mittwoch für die tagesklinischen Patienten; Dauer der Teambesprechung jeweils zwei Stunden.
Frühbesprechung mit den Ärzten um 8.00 Uhr und nachmittags nach der Röntgenbesprechung um 16.00 Uhr eine weitere Teambesprechung der Ärzte

5.3.1.2. PROJEKTE IN 2005

Keine Angaben für das Berichtsjahr.

5.3.2. MITARBEITER

5.3.2.1. ALLGEMEINE INFORMATION

Einarbeitung der Mitarbeiter erfolgt vorwiegend durch die Oberärzte.
Strukturiertes Konzept für die Facharztausbildung (z. B. Allgemeinmedizin, Geriatrie und physikalische Medizin).
14 tägige Fortbildung zusammen mit der Klinik für inneren Medizin und Neurologie.
Regelmäßige Mitarbeitergespräche.
Auswärtige Fortbildungsteilnahmen werden gefördert und untereinander abgesprochen.

Ziel ist es, möglichst rasch die Mitarbeiter in die Organisationsabläufe der Klinik zu integrieren und die personellen Ressourcen schnellmöglich zu nutzen. Auf regelmäßige Fortbildung in Wort und Schrift wird besonders geachtet.

PERSONALENTWICKLUNGSKONZEPT

Die Mitarbeiter des geriatrischen Behandlungsteams werden je nach Einsatzort entsprechend geschult und zu selbständiger Arbeitsweise entsprechend der vorgegebenen Zielsetzung angehalten.

FORTBILDUNG

Jährliches Geriatriesymposium
Benutzung der hauseigenen Bibliothek
14 tägige interdisziplinäre Fortbildung (mittwochs 8.00 bis 8.30 Uhr)
Auf ausreichende externe berufliche Fortbildung für jeden Arzt wird geachtet.

5.3.2.2. PROJEKTE IN 2005

Durch Herrn Dr. A. Gerlach wurde eine Osteoporosesprechstunde eingerichtet.

5.3.3. SICHERHEIT &UMWELT

5.3.3.1. ALLGEMEINE INFORMATIONEN

- Jährlich Unterweisung über Arbeitsschutzmaßnahmen
- Praktische Durchführung von Schutzmaßnahmen
- Nachweis von Strahlenschutzverordnung
- Reanimationsübungen
- Unterweisung über Brandschutz
- Kenntnisse von Katastrophenschutzplänen
- Nutzung von hygienerelevanten Daten
- Geräteverantwortlicher Mitarbeiter wurde benannt (OA)

- Transfusionsbeauftragter ist ebenfalls ein OA
- Aufklärung des Patienten bei Anwendung von Blutprodukten
- Ständige Einweisung der Mitarbeiter über hygienerelevante Daten sowie meldepflichtige Erkrankungen
- Es sind Gerätebeauftragte entsprechend dem Medizinproduktegesetz ausgebildet worden.

5.3.3.2. PROJEKTE IN 2005

Es wurden weitere interne Audits zur Qualitätssicherung vorbereitet.

5.3.4. DATENSCHUTZ & DATENSICHERHEIT

Gesonderte Vernichtung von Datenmaterial
Beachtung der ärztlichen Schweigepflicht
Herausgabe von Patientendaten nur entsprechend den gesetzlichen Vorschriften.
Der Zugang zu den Patientendaten in dem kliniksweiten Informationssystem ist durch Passworte geschützt.

5.3.4.2. PROJEKTE IN 2005

Keine Angaben für das Berichtsjahr.

5.3.5. ORGANISATION, FÜHREN & LEITEN
5.3.5.1. ALLGEMEINE INFORMATIONEN

- Dienstplangestaltung
- Regelung von Zuständigkeiten und Vertretungen
- Urlaubsregelungen
- Einzelgespräche mit den Therapeuten
- Leiten von Teambesprechungen
- Überprüfungen von Apothekenbestellungen
- Controlling

Teambesprechung (Ärzte, Pflegepersonal, Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, Logopäden und Sozialarbeiter) jeden Dienstag für die stationären und jeden Mittwoch für die tagesklinischen Patienten; Dauer der Teambesprechung jeweils zwei Stunden.
Frühbesprechung mit den Ärzten um 8.00 Uhr und nachmittags nach der Röntgenbesprechung erneute Besprechung des Ärzteteam um 16.00 Uhr. Danach Visite bei den Neuaufnahmen und bei den schwerkranken Patienten.
Tägliche Röntgenbesprechung gemeinsam mit der medizinischen Klinik um 15.30 Uhr.

5.3.5.2. PROJEKTE IN 2005

Keine Angaben für das Berichtsjahr.

5.3.6. EXTERNE BEZIEHUNGEN & NETZWERKE

5.3.6.1. ALLGEMEINE INFORMATIONEN

- Zugehörigkeit zum Kooperativem Rheumazentrum Münster
- Bundesarbeitsgemeinschaft der Klinisch-Geriatrischen Einrichtungen
- Zusammenarbeit mit Koordinierungsstelle für Altenarbeit Kreis Unna
- Qualitätsnetzwerk mit niedergelassenen Ärzten Lünen
- Zusammenarbeit mit dem Gesundheitsamt Unna
- Fortbildungsveranstaltungen für niedergelassene Ärzte mit Themen aus dem Gebiet der Geriatrie und Rheumatologie
- Zusammenarbeit mit verschiedenen Selbsthilfegruppen

5.3.6.2. PROJEKTE IN 2005

Keine Angaben für das Berichtsjahr.

5.3.7. EXTERNE DATEN, VERGLEICHE & BENCHMARKING

5.3.7.1. ALLGEMEINE INFORMATIONEN

Fachgesellschaften Geriatrie und Rheumatologie
Bundesarbeitsgemeinschaft der Klinisch-Geriatrischen Einrichtungen e.V.
Kooperatives Rheumazentrum Münster
Ringversuche für immunologische Parameter
Qualitätssicherung quantitativer laboratoriumsmedizinischer Untersuchungen entsprechend den Richtlinien der Bundesärztekammer
Gesetzliche Vorgaben (Transfusionsgesetz, Medizinproduktionsgesetz)
Mittels verschiedener Scores wird bei einem Großteil der geriatrischen Patienten der Erfolg der Behandlung datentechnisch sichtbar gemacht. Bei Wiederaufnahme lassen sich hierdurch Veränderungen im Gesundheitszustand der Patienten gut erkennen.
Es werden interne Vergleiche der Leistungszahlen sowie externe Vergleiche dieser Daten mit anderen geriatrischen Kliniken im Clinotel - Verbund und durch die Bundesarbeitsgemeinschaft der Klinisch-Geriatrischen Einrichtungen durchgeführt. Damit sind die Bedingungen der externen Qualitätssicherung nach § 137 SBGV erfüllt.

5.3.7.2. PROJEKTE IN 2005

Keine Angaben für das Berichtsjahr.

5.3.8. CONTROLLING, INVESTITIONS- & FINANZMANAGEMENT

5.3.8.1. ALLGEMEINE INFORMATIONEN

Zusammenarbeit mit der Verwaltung des Hauses
Information der eigenen Mitarbeiter über Controlling-Ergebnisse

5.3.8.2. PROJEKTE IN 2005

Keine Angaben für das Berichtsjahr.

5.3.9. EINKAUFSMANAGEMENT & LOGISTIK

5.3.9.1. ALLGEMEINE INFORMATIONEN

Es besteht ein zentraler Einkauf, der durch die Verwaltung des Hauses sichergestellt wird.

5.3.9.2. PROJEKTE IN 2005

Keine Angaben für das Berichtsjahr.

6. WEITERGEHENDE INFORMATIONEN

Anmeldung für stationäre und teilstationäre Aufnahme sowie für die Rheumaambulanz kann über das Chefarzt-Sekretariat (Tel.: 02306/772771) erfolgen.
Weitere Informationen sind über das Internet zu erhalten.
(www.smh-online.de)
Eine Broschüre über die Tagesklinik kann angefordert werden.

7. SCHLÜSSELERGEBNISSE

Aufgrund der guten Qualität und des hohen Einsatzes der Mitarbeiter ist seit Bestehen der Klinik eine wachsende Patientenzahl, die im Jahr 2005 nochmals einen deutlichen Zuwachs bekommen hat, zu verzeichnen. Im Jahr 2005 wurden viele multimorbide Patienten zur Frührehabilitation direkt von der operativen Intensivstation zur weiteren Therapie übernommen. Sehr gute Erfolge wurden zum Nutzen der schwerstkranken Patienten erzielt und die Klinik erreichte einen hohen Annerkennungsgrad bei den Angehörigen der Patienten und bei den niedergelassenen Ärzten.
Der große Zuspruch für die geriatrische Abteilung lässt auf eine überdurchschnittliche Patientenzufriedenheit schließen. Vorgetragene Beschwerden von Patienten und ihren Angehörigen werden noch am gleichen Tag einer Lösung zugeführt und am folgenden Tag wird diese Lösung kontrolliert. Beschwerden können auch direkt mündlich oder schriftlich an die Geschäftsleitung oder an den Patientenbeauftragten gerichtet werden.

8. ZUSAMMENFASSUNG & AUSBLICK

Bei der geriatrischen Klinik handelt es sich um eine akutgeriatrische Abteilung mit den Unterabteilungen Tagesklinik, Rheumatologie, Frührehabilitation und physikalische Therapie, wobei eine umfassende Diagnostik und Therapie internistisch-geriatrischer und rheumatologischer Krankheitsbilder durchgeführt wird.
Die Abteilung vertritt das komplette Gebiet der Geriatrie gemäß der Definition der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie. Besondere Schwerpunkte liegen im Bereich der Gelenk- und Muskelerkrankungen, der Osteoporose, der post-aktuellen Versorgung von Schlaganfallpatienten, postoperativer Zustände und der Schmerztherapie im Alter.
Die geriatrische Klinik wirkt überregional und versorgt den Kreis Unna sowie die nördlichen Stadtteile von Dortmund.
Zur Abteilung gehört eine eigene Tagesklinik, die einerseits vielen Patienten die vollstationäre Liegezeit verkürzt, andererseits vielen Patienten eine ebensolche Krankenhausaufnahme erspart. Die Schwerpunkte liegen hier ähnlich, wobei zusätzlich vor allem Patienten zur Abklärung eines Demenzverdachtes betreut werden.
Von der Abteilung werden ältere Patienten aus anderen Abteilungen des Hauses bzw. aus anderen Kliniken der Umgebung zur Frührehabilitation übernommen.
Die physikalische Abteilung versorgt das gesamte Krankenhaus mit seinen 608 Betten und bietet alle üblichen Therapiemöglichkeiten in Krankengymnastik, Ergotherapie und Logopädie an.
In der Rheumatologie werden alle Krankheitsbilder sowohl stationär als auch ambulant diagnostiziert und behandelt. Ein immunologisches Speziallabor ist der Rheumatologie angeschlossen.
Die Klinik beschäftigt sich regelmäßig mit wissenschaftlichen Fragestellungen und war in den letzten zwölf Jahren auf allen wissenschaftlichen Tagungen der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie mit eigenen Vorträgen vertreten. In den letzten Jahren konnten in der Abteilung mehrere Promotionen erfolgreich abgeschlossen werden.
Auf regelmäßige Fortbildung der Ärzte wird geachtet und diese wird gefördert.

9. CHRISTLICHKEIT, ETHIK & SPIRITUALITÄT

Die geriatrische Abteilung arbeitet eng mit den Pastoren beider christlichen Konfessionen zusammen. Die Religionszugehörigkeit der Patienten wird von allen Teammitgliedern respektiert und auf religiöse Besonderheiten geachtet.
Geriatrie kann den Jahren Leben geben und die verbleibende Lebensqualität verbessern.

VII-VI GEBURTSHILFLICH-GYNÄKOLOGISCHE KLINIK

1. Vorwort ... 242
2. Verfasser ... 242
3. Basisinformationen ... 243
3.1. Inhalte, Auftrag & Ziele ... 243
3.2. Organisationsstrukturen, Leitung & Zuständigkeiten ... 243
3.3. Personal ... 243
3.3.1. Stellenplan & Qualifikationen ... 243
3.3.2. Weiterbildungsermächtigung(en) ... 244
3.3.3. Traineeprogramme, Praktika & Hospitationen ... 244
3.3.4. Lehre, Forschung & Entwicklung ... 244
3.4. Leistungsspektrum, Schwerpunkte & Serviceangebote ... 245
4. Technische Ausstattung ... 252
5. Qualitätssicherung ... 253
5.1. Strukturen & Organisation ... 253
5.2. Methoden & definierte Verfahren ... 253
5.3. Prozesse ... 254
5.3.1. Patientenversorgung ... 254
5.3.2. Mitarbeiter ... 256
5.3.3. Sicherheit & Umwelt ... 257
5.3.4. Datenschutz & Datensicherheit ... 259
5.3.5. Organisation, Führen & Leiten ... 260
5.3.6. Externe Beziehungen & Netzwerke ... 261
5.3.7. Externe Qualitätssicherung, Vergleiche & Benchmarking ... 262
5.3.8. Controlling, Investitions- & Finanzmanagement ... 264
5.3.9. Einkaufsmanagement & Logistik ... 264
6. Weitergehende Informationen ... 264
7. Schlüsselergebnisse ... 264
8. Zusammenfassung & Ausblick ... 265

1. VORWORT

Die Frauenheilkunde ist durch neue Diagnosen und Behandlungsmethoden, von Therapien durch Leitlinien, besserem Verständnis von studienbezogenen Therapieverfahren und durch die Anwendung von plastischen Operationsverfahren diffiziler geworden.

In der Geburtshilfe sind wir mit dem Problem konfrontiert, dass immer weniger Kinder in Deutschland geboren werden, gleichzeitig aber der Anspruch nach allumfassender Versorgung möglichst mit Garantie auf ein gesundes Kind von den Eltern eingefordert wird.

Niemand kann heute, anders als noch vor 30 Jahren, aufgrund der Komplexität sein Fachgebiet allein überblicken.

Zum Selbstverständnis unserer Klinik gehört es, dass sich die ärztlichen wie pflegerischen Mitarbeiter spezialisieren und gemeinsam mit anderen Fächern im Sinne einer guten Diagnostik und Therapie zum Wohle der uns anvertrauten erkrankten Frauen zusammenschließen.

Ziel unseres medizinischen Handelns ist die Zertifizierung unserer Abteilung. Begonnen haben wir diesen Prozess in unserem anerkannten Brustkrebszentrum.

Für die Klinikleitung ist es daher selbstverständlich in einem Bericht Rechenschaft über die geleistete Arbeit zu geben.

2. VERFASSER

Dr. med. Donat Romann
Dr. med. Klaus Ermer

3. BASISINFORMATIONEN
3.1. INHALTE, AUFTRAG & ZIELE

Die Frauenklinik am St.-Marien-Hospital Lünen umfasst die Bereiche Gynäkologie und Geburtshilfe. Insgesamt verfügt die Abteilung über 70 Betten, davon 25 in der Geburtshilfe und 45 im operativen Bereich. Seit Januar 2005 ist unsere Klinik anerkanntes Brustkrebszentrum mit ausgewiesenen acht Betten für die senologische Abteilung. Postoperativ steht ein Aufwachraum mit Monitorüberwachung zur Verfügung. Für intensivmedizinische Fälle können Betten auf der interdisziplinären Intensivstation genutzt werden. In unseren neu renovierten Kreißsälen kommen jährlich ca. 750 Kinder zur Welt.

Die Klinik wird im Kollegialsystem geführt.

Die Chefärzte und die spezialisierten Mitarbeitern arbeiten interdisziplinär zusammen, um so alle Bereiche der modernen Frauenheilkunde fachkompetent zum Wohle der Patientinnen abzudecken. Nur so sind wirklich gute Leistungen und langfristige Erfolge zu erreichen. Diesem Gedanken sind wir in der gesamten Frauenklinik, von der Lernschwester bis zum Chefarzt, verpflichtet.
Unser Ziel ist es, optimale Therapien mit guten Resultaten zu erzielen. Unser Wunsch ist es, dass sich Patientinnen wie auch pflegerisches und ärztliches Personal geborgen, gut behandelt und stets verstanden fühlen.
Unser im Jahr 2004 gestartetes Projekt *„Qualitätsentwicklung“*, in dem fünf interdisziplinierte Arbeitsgruppen Prozessoptimierung erarbeiten, wird fortgeführt. Zusätzlich wird die Zertifizierung des Brustkrebszentrums nach Richtlinien der Ärztekammer Westfalen-Lippe und nach DKG/NT angestrebt.

3.2. ORGANISATIONSSTRUKTUREN, LEITUNG & ZUSTÄNDIGKEIT

Die Abteilung wird im Kollegialsystem chefärztlich geführt. Dr. Romann hat dabei die Aufgabe als geschäftsführender Chefarzt dem Träger gegenüber gesamtverantwortlich zu sein. Zusätzlich ist er Leiter des Brustzentrums. Dr. Ermer vertritt das Gebiet der Urogynäkologie und der minimalinvasiven Chirurgie. Gemeinsam leiten sie die operative Gynäkologie und die Geburtshilfe. Im Urlaubs- und Krankheitsfall vertreten sich beide gegenseitig.

3.3. PERSONAL
3.3.1 STELLENPLAN & QUALIFIKATION

Zwei Chefärzte
Drei Oberärzte/innen - davon eine Qualitätsmanagerin
Zwei Fachärztinnen
Vier Ärzte/innen in Weiterbildung, somit 70 % Fachärzte und 30 % Ärzte in Weiterbildung.

3.3.2. WEITERBILDUNGSERMÄCHTIGUNG

Es liegt eine gemeinsame Weiterbildungsermächtigung für das Gebiet **„Frauenheilkunde und Geburtsmedizin" von 60 Monaten** von der Ärztekammer Westfalen Lippe vor.

3.3.3 TRAINEEPROGRAMME, PRAKTIKA & HOSPITATIONEN

In Zusammenarbeit mit dem Ausbildungszentrum für „Minimalinvasive Chirurgie" an der Frauenklinik des Carl-Thiem-Klinikums Cottbus, Leitung Prof. H.-H. Riedel, besteht die Möglichkeit neueste OP-Techniken zu erlernen.
Das Humain-Klinikum Bad Saarow, Leitung Dr. med. M. Budner, bietet Hospitations- und Operationskurse im Bereich der plastischen Mammachirurgie an.
Die Frauenklinik des Helios-Klinikums in Schwelm, Leitung Dr. med. H.-J. Kaum, bietet die Möglichkeit im Rahmen von Hospitationen die große Onkochirurgie, einschließlich pelviner und aortaler Lymphonodektomie, zu erlernen.
Im Wechsel haben Chefärzte, Oberärzte und Assistenten die Möglichkeit jährlich an einem Hospitationsprogramm teilzunehmen. Dauer der Hospitation im Schnitt fünf Arbeitstage.

3.3.4. LEHRE, FORSCHUNG & ENTWICKLUNG

DR. MED. ROMANN

Mitgliedschaften:
Berufsverband der Frauenärzte
Nord-Ostdeutsche Gesellschaft für Gynäkologische Onkologie e. V.
Gesellschaft für Senologie

Vorträge 2005:

02/05	Organisationsstrukturen des Brustkrebszentrums Lünen-Unna
05/05	Aktuelles zur Diagnostik und Therapie des Ovarialcarcinoms
10/05	Plastische Operationen der Mamma

Kurse und Hospitationen:

3/05	Diagnostik und Therapie der Tumoranämie
5/05	Versorgung von Neugeborenen
11/05	Berlin Hospizwoche
	Blockpraktikanten Ausbildung der Studenten im 9. Semester der Universität Münster

DR. MED. ERMER

Mitgliedschaften:
Berufsverband der Frauenärzte
Berufsverband der ltd. Krankenhausärzte Deutschlands

Kurse und Hospitationen:

2/05	37. Fortbildungstagung für Fachärzte der Gynäkologie und Geburtshilfe in Obergurgl
2/05	Theoretical Course of Competence in Ultrasound Examination at 11-14 Weeks ind Obergurgl
2/05	Post St.-Gallen Meeting in Dortmund
4/05	Workshop TVT – operative Behandlung der weiblichen Stressinkontinenz in Essen
4/05	Workshop : Die Sentinel Lymphnode Biopsie in der Senologie und gynäkologischen Onkologie in München
9/05	Versorgung der Neugeborenen in Lünen
11/05	4. Onkologisches Herbstseminar auf Borkum
12/05	Neuer Algorithmus für die Beckenbodenchirurgie Workshop Chirurgie der Stressinkontinenz und des Descensus genitale in Osnabrück

3.4. LEISTUNGSSPEKTRUM, SCHWERPUNKTE & SERVICEANGEBOTE

Die Frauenklinik am St.-Marien-Hospital Lünen ist vom Landesbedarfsplan als Abteilung der Schwerpunktversorgung eingestuft.

Zum Leistungsspektrum der Abteilung gehören:

- Zentrum für Brusterkrankungen einschließlich plastischer Operationen der weiblichen Brust
- Schwerpunktversorgung onkologischer Patientinnen einschließlich ambulanter Chemotherapie bei Gebärmutter- und Eierstockskrebs
- Zentrum für minimalinvasive Eingriffe, einschließlich Gebärmutterentfernung mittels Bauchspiegelung
- Zentrum für urogynäkologische Erkrankungen (Blasenschwäche) eingeschlossen computergesteuerte Blasendruckmessung und spezialisierte OP-Verfahren (z.B. spannungsfreie Schlingen)

Organerhaltende Operationstechniken werden bevorzugt:

- Ausschälen von gutartigen Tumoren an der Gebärmutter und den Eierstöcken, Spiegelungen der Gebärmutter mit Abtragung von krankhaften Veränderungen, kompletter Abtragung der Schleimhaut
- Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Die Frauenklinik des St.-Marien-Hospitals Lünen ist sehr daran interessiert, ein möglichst breites ambulantes Behandlungsspektrum anzubieten. Aufgrund verbesserter Operationstechniken können heute kürzere Heilungsverläufe erzielt werden und damit die Frauen schneller in den Alltag zurückgeführt werden.

Zum ambulanten Operationsspektrum zählt:

- Ausschabung der Gebärmutter bei Blutungen oder Fehlgeburt.
- Bauchspiegelung bei unklaren Schmerzzuständen im Unterleib, Verdacht auf Verwachsungen, Eierstockszysten, Endometriose, Eileiterschwangerschaften.
- Operation am äußeren Genital, insbesondere bei kleineren Abszessen und Furunkeln oder Zysten.
- Operation am Muttermund bei unklaren Abstrichbefunden und Verdacht auf Krebsvorstufen.
- Probeentnahmen aus der Brust, diese erfolgen aber nur, wenn die Vordiagnose keinen Verdacht auf Bösartigkeit aufweist.

Abläufe bei ambulanten Operationen

Aufgrund eines neu eingerichteten Ambulanz-OP sind die Abläufe in der Frauenklinik optimiert. Die Vorstellung der Patientin erfolgt in der Ambulanz der Frauenklinik mit Untersuchung durch einen der beiden Chefärzte. Bei der Untersuchung wird die Indikation und auch das operative Vorgehen festgelegt. Am gleichen Tag erfolgt die Vorstellung in der Anästhesie-Ambulanz und die Terminvergabe. Am Morgen der OP kommt die Patientin 30 Minuten vorher ins ambulante OP-Zentrum. Dort wird sie entsprechend den Standards vorbereitet. Nach dem operativen Eingriff erfolgt die Überwachung im Aufwachraum der Ambulanzklinik. Anschließende Weiterbetreuung auf der extra eingerichteten Kurzliegerstation im Haus.

Bei Entlassung der Patientin wird eine Abschlussuntersuchung durch einen Facharzt der Frauenklinik durchgeführt.

Geburtshilfliche Serviceangebote

- Eine familienfreundliche Geburtshilfe mit dem Angebot der schmerzfreien Geburt, Unterwassergeburt
- Nachbetreuung durch die Hebammen im Wochenbett
- Die eigene Hebamme kann zur Geburt mitgebracht werden
- Familienzimmer mit Übernachtungsmöglichkeit des Vaters und Geschwisterkinder
- Tägliche Visite durch Perinatalarzt der angeschlossenen Kinderklinik
- Erweitertes Säuglingsscreening einschließlich Hüftultraschall durch Pädiater

Kooperationen mit:

- Schmerzklinik im Haus: postoperatives Schmerzkonsil durch Facharzt
- Psychologie: speziell ausgebildete Psychoonkologin
- Strahlentherapie: notwendige Therapien können im Hause durchgeführt werden
- Elternschule: mit breitem Angebot für werdende und junge Eltern
- Aktivum (sporttherapeutisches Zentrum)

Die Klinik hält für ambulante Patientinnen folgende Angebote vor:

- spezielle Sprechstunde für plastische Operationen
- spezielle Sprechstunde für Brustkrebspatientinnen
- spezielle Sprechstunde für Patientinnen mit Harnschwäche
- Sprechstunde für Risikoschwangerschaften
- Spezielle Sprechstunde zur Mitbehandlung von Patientinnen mit speziellen Fragen zur Diagnostik und Therapie weiblicher Erkrankungen
- Sterilitätssprechstunde

Die Frauenklinik arbeitet eng mit Selbsthilfeorganisationen der Region zusammen:
Mamazone (Leiterin Frau Preuss)
Onkologischer Gesprächskreis der Klinik/Leitung Frau A. Bierkemper
Selbsthilfegruppe nach Krebs 1 – 2 Sektion Lünen
Ein Hauch von Leben: Beratung bei Früh- und Fehlgeburten
Für spezielle sozialmedizinische Fragen steht der sozialmedizinische Dienst der Klinik zur Verfügung

Die Frauenklinik arbeitet zum Wohle ihrer Patientinnen mit den folgenden aufgeführten Instituten und Einrichtungen zusammen:

- Bei allen Formen der Schmerzdiagnostik und Therapie: schmerztherapeutisches Zentrum, Dr. Lux
- Zur Versorgung mit medizinischen Hilfsmitteln: Sanitätshaus Kraft in Lünen
- Zur Frührehabilitation: Abteilung für physikalische Medizin
- Aktivum: Zentrum für sportmedizinische Unterstützung

Vorträge und Weiterbildung in:

- Haus der Familie Lünen, Selm, Lüdinghausen
- Volkshochschule Lünen
- Frauengruppen der Gemeinden und sozialer Einrichtung

Die Abteilung ist DMP-Klinik für Mamma-Carcinome. Daraus resultiert ein ständiger Datenaustausch mit den niedergelassenen einweisenden Kollegen.
In Zusammenarbeit mit dem Westdeutschen Brustzentrum erfolgt ein externes Benchmarking bei der Behandlung des Brustkrebs.
Die Klinik befindet sich in einer Zertifizierungsmaßnahme.

AUFSTELLUNG DER HÄUFIGSTEN DRG FÜR DIE ABTEILUNG

Schlüssel	Bezeichnung	Fälle
P67	Neugeborenes, Aufnahmegewicht > 2499 g ohne signifikante Prozedur, ohne Beatmung > 95 Stunden	713
O60	Vaginale Entbindung	526
O01	Sectio caesarea	227
N21	Hysterektomie außer bei bösartiger Neubildung, ohne äußerst schwere oder schwere CC, ohne komplexen Eingriff	179
N25	Andere Eingriffe an Uterus und Adnexen außer bei bösartiger Neubildung, ohne komplexe Diagnose	128
O65	Andere vorgeburtliche stationäre Aufnahme	126
O64	Frustrane Wehen	89
N10	Diagnostische Kürettage, Hysteroskopie, Sterilisation, Pertubation	83
J23	Große Eingriffe an der Mamma bei bösartiger Neubildung	75
N09	Andere Eingriffe an Vagina, Zervix und Vulva	72
N22	Ovariektomien und komplexe Eingriffe an den Tubae uterinae außer bei bösartiger Neubildung, ohne äußerst schwere oder schwere CC	54
O40	Abort mit Dilatation und Kürettage, Aspirationskürettage oder Hysterotomie	54
O62	Drohender Abort	47
P60	Neugeborenes ohne signifikante OR-Prozedur	43
N14	Hysterektomie mit Beckenbodenplastik außer bei bösartiger Neubildung oder Brachytherapie bei Krankheiten und Störungen der weiblichen Geschlechtsorgane, mehr als ein Belegungstag, mit äußerst schweren CC	42
N23	Andere rekonstruktive Eingriffe an den weiblichen Geschlechtsorganen	42
J25	Kleine Eingriffe an der Mamma bei bösartiger Neubildung ohne äußerst schwere oder schwere CC	41
J13	Kleine Eingriffe an der Mamma außer bei bösartiger Neubildung	35
N62	Menstruationsstörungen und andere Erkrankungen der weiblichen Geschlechtsorgane	35
N08	Endoskopische Eingriffe an den weiblichen Geschlechtsorganen	34
N07	Andere Eingriffe an Uterus und Adnexen außer bei bösartiger Neubildung, mit komplexer Diagnose	33
N04	Hysterektomie außer bei bösartiger Neubildung, mit äußerst schweren oder schweren CC oder komplexem Eingriff	32
N06	Komplexe rekonstruktive Eingriffe an den weiblichen Geschlechtsorganen	29
G21	Adhäsiolyse am Peritoneum, Alter > 3 Jahre, ohne äußerst schwere oder schwere CC oder andere Eingriffe an Darm oder Enterostoma ohne äußerst schwere CC	21
N60	Bösartige Neubildung der weiblichen Geschlechtsorgane	21
O02	Vaginale Entbindung mit komplizierender ORProzedur	20
O02	Vaginale Entbindung mit komplizierender ORProzedur	20

Schlüssel	Bezeichnung	Fälle
N20	Eingriffe an Uterus und Adnexen bei bösartiger Neubildung anderer Organe, ohne äußerst schwere CC	18
O61	Stationäre Aufnahme nach Entbindung oder Abort ohne OR-Prozedur	17
O03	Extrauteringravidität	16
Gesamt		**2.872**

AUFSTELLUNG DER HÄUFIGSTEN HAUPTDIAGNOSEN (ICD) FÜR DIE ABTEILUNG

Schlüssel	Bezeichnung	Fälle
Z38	Lebendgeborene nach dem Geburtsort	631
O70	Dammriss unter der Geburt	157
C50	Bösartige Neubildung der Brustdrüse [Mamma]	137
D25	Leiomyom des Uterus	117
O71	Sonstige Verletzungen unter der Geburt	107
N83	Nichtentzündliche Krankheiten des Ovars, der Tuba uterina und des Lig. latum uteri	104
N92	Zu starke, zu häufige oder unregelmäßige Menstruation	96
N81	Genitalprolaps bei der Frau	85
O60	Vorzeitige Wehen und Entbindung	69
O69	Komplikationen bei Wehen und Entbindung durch Nabelschnurkomplikationen	57
O63	Protrahierte Geburt	54
O68	Komplikationen bei Wehen und Entbindung durch fetalen Distress [fetal distress] [fetaler Gefahrenzustand]	49
O20	Blutung in der Frühschwangerschaft	47
O34	Betreuung der Mutter bei festgestellter oder vermuteter Anomalie der Beckenorgane	46
O41	Sonstige Veränderungen des Fruchtwassers und der Eihäute	42
O47	Frustrane Kontraktionen [Unnütze Wehen]	42
P07	Störungen im Zusammenhang mit kurzer Schwangerschaftsdauer und niedrigem Geburtsgewicht, anderenorts nicht klassifiziert	38
N84	Polyp des weiblichen Genitaltraktes	37
N80	Endometriose	36
C54	Bösartige Neubildung des Corpus uteri	33
N85	Sonstige nichtentzündliche Krankheiten des Uterus, ausgenommen der Zervix	33
O64	Geburtshindernis durch Lage-, Haltungs- und Einstellungsanomalien des Feten	33
N60	Gutartige Mammadysplasie [Brustdrüsendysplasie]	32
D27	Gutartige Neubildung des Ovars	30
N39	Sonstige Krankheiten des Harnsystems	30
N70	Salpingitis und Oophoritis	30
O42	Vorzeitiger Blasensprung	30
P92	Ernährungsprobleme beim Neugeborenen	30

Schlüssel	Bezeichnung	Fälle
K66	Sonstige Krankheiten des Peritoneums	29
N95	Klimakterische Störungen	29
Gesamt		**2.290**

AUFSTELLUNG DER HÄUFIGSTEN OPERATIONEN BZW. EINGRIFFE (OPS) FÜR DIE ABTEILUNG

Schlüssel	Bezeichnung	Fälle
3-05d	Endosonographie der weiblichen Geschlechtsorgane	1273
9-262	Postpartale Versorgung des Neugeborenen	780
9-260	Überwachung und Leitung einer normalen Geburt	471
5-683	Uterusexstirpation [Hysterektomie]	282
5-690	Therapeutische Kürettage [Abrasio uteri]	257
5-758	Rekonstruktion weiblicher Geschlechtsorgane nach Ruptur, post partum [Dammriß]	238
3-05a	Endosonographie des Retroperitonealraumes	234
5-738	Episiotomie und Naht	183
1-672	Diagnostische Hysteroskopie	136
5-740	Klassische Sectio caesarea	129
5-749	Andere Sectio caesarea	122
5-469	Andere Operationen am Darm	120
5-651	Lokale Exzision und Destruktion von Ovarialgewebe	113
9-261	Überwachung und Leitung einer Risikogeburt	101
5-870	Partielle (brusterhaltende) Exzision der Mamma und Destruktion von Mammagewebe ohne axilläre Lymphadenektomie	98
5-681	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Uterus	96
5-704	Vaginale Kolporrhaphie und Beckenbodenplastik	91
5-653	Salpingoovariektomie	73
1-493	Perkutane (Nadel-)biopsie an anderen Organen und Geweben	62
5-572	Zystostomie	61
5-871	Partielle (brusterhaltende) Exzision der Mamma mit axillärer Lymphadenektomie	56
5-730	Künstliche Fruchtblasensprengung [Amniotomie]	51
1-471	Biopsie ohne Inzision am Endometrium	39
1-694	Diagnostische Laparoskopie (Peritoneoskopie)	38
5-593	Transvaginale Suspensionsoperation [Zügeloperation]	36
5-671	Konisation der Cervix uteri	31
5-756	Entfernung zurückgebliebener Plazenta (postpartal)	30
5-873	Mastektomie mit axillärer Lymphadenektomie	29
5-728	Vakuumentbindung	27
1-501	Biopsie der Mamma durch Inzision (Mamma-PE)	20
Gesamt		**5.277**

AUFSTELLUNG DER HÄUFIGSTEN AMBULANTEN OPERATIONEN BZW. EINGRIFFE FÜR DIE ABTEILUNG

Schlüssel	Bezeichnung	Fälle
1060	Blasenmole, missed abortion	16
1086	Portio, Messerkonisation	3
1104	Abrasio	42
1129	Gebärmutterhals, plastische Op.	1
187	Sterilisation	1
2105	Exzision, tiefliegendes Körpergewebe	10
2110	Diagnostische Exstirpation, Mammatumor	1
2111	Diagnostische Exstirpation, Mammatumor	5
2145	Eröffnung, tiefliegender Abszeß	1
31311	Endoskopischer gynäkologischer Eingriff der Kategorie T1	84
31301	Gynäkologischer Eingriff, Kategorie S1	77
31312	Endoskopischer gynäkologischer Eingriff der Kategorie T2	23
31302	Gynäkologischer Eingriff, Kategorie S2	13
31313	Endoskopischer gynäkologischer Eingriff der Kategorie T3	6
31163	Endoskopisch-Visceralchirurg. Eingriff der Kategorie G3	4
31112	Eingriff an der Brustdr?e Kategorie B2	3
1855	Sterilisation der Frau	2
31101	Dermatochirurg. Eingriff Kategorie A1	1
31121	Eingriff an Extremitäten Kategorie C1	1
31304	Gynäkologischer Eingriff, Kategorie S4	1
Gesamt		**295**

4. TECHNISCHE AUSSTATTUNG

Die technische Ausstattung der Frauenklinik erfährt durch ein spezielles Investitionsprogramm eine weitere Aufstockung.
Die Frauenklinik verfügt zur Zeit über neueste EDV-Ausstattung. Im Sekretariat, in der Ambulanz, auf den Stationen, im Arztzimmer wie auch im Schwesterndienstzimmer finden sich Personalcomputer der neuesten Generation, die in einem integrierten Netzwerk mit der Aufnahme, dem Labor und weiteren Fachabteilungen verbunden sind. Durch ein spezielles Softwareprogramm ist es möglich die gesamte Patientenverwaltung auf den Stationen vorzunehmen. Laborbefunde und Röntgenbefunde einschließlich Bilder können digital auf dem PC dargestellt und ausgedruckt werden. Kurzarztbriefschreibung sowie die Verschlüsselung erfolgt softwaregesteuert. Benchmarkberichte wie z. B. Vergleichanalysen im Brustzentrum werden mit Hilfe spezieller Softwareprogramme via Internet ausgetauscht.
Im Chefarztsekretariat und in den Arztzimmern sind Internetzugänge gelegt. Teilweise finden sich Internetzugänge in den Arztzimmern und den Stationszimmern.
Für die Geburtshilfe von entscheidender Wichtigkeit ist das Vorhalten hochwertiger Ultraschallgeräte. Die Abteilung verfügt über ein modernes Hochleistungssonographiegerät. Der Voluson 730 Pro der Firma General Electrics erlaubt die plastische Darstellung von Foeten als 3-D-Bildanimation. Zur Darstellung der Blutversorgung verfügt dieses Gerät über eine Dopplerfunktion sowie über eine hochauflösende Mammasonde.
Als weiteres Ultraschallgerät steht das Gerät Sonoline der Firma Siemens im Kreißsaalbereich zur Verfügung, mit drei Schallköpfen für Abdomensonographie, Vaginalsonographie und Mammasonographie sowie der Dopplerfunktion erfüllt dieses Gerät alle Voraussetzungen der modernen Ultraschalldiagnostik.

Einen Schwerpunkt der Abteilung bildet die urogynäkologische Diagnostik und Therapie. Dementsprechend steht im Ambulanzbereich ein urodynamischer Messplatz mit Computersoftwareauswertung zur Verfügung.

Für die operative Therapie findet sich folgendes Instrumentarium:

- Ein Endoskopieturm zur Hysteroskopie, einschließlich Videodemonstration und Instrumentarium zur Endometriumablation, einschließlich Thermochoice (Ballon-Endometriumablation).
- Eine Videodemonstration der Befunde ist durch Aufzeichnungsmöglichkeiten gegeben.
- Im Zentral-OP steht der Frauenklinik ein eigener Endoskopieturm zur Verfügung. Neben druckgesteuertem Gasinsufflationsgerät findet sich hier Spül-Saug-Einrichtung sowie ein Videoturm mit Videodokumentation.
- Interdisziplinär genutzt werden können das sanfte Skalpell (Ultracision) sowie ein CO2-Laser.
- Modernste computergesteuerte Koagulationsinstrumente dienen der subtilen Blutstillung.

- Auf der geburtshilflichen Station finden sich in jedem der vier Kreisssäle modernste Reanimationsgeräte einschließlich Pulsoxymetrie. Für instabile Neugeborene können spezielle Wärmebetten mit softwaregesteuerter Wärmekontrollfunktion bereitgestellt werden. Bei auftretender Hyperbilirubinämie der Säuglinge hat die Klinik die Möglichkeit mittels Fototherapie eine entsprechende Behandlung vorzunehmen. Zur Kontrolle des Bilirubinwerts werden heute moderne Billicheckgeräte der Firma SPECTRX eingesetzt. Blutentnahmen können so beim Neugeborenen vermieden werden.

Die ärztlichen und leitenden pflegerischen Mitarbeiter der Frauenklinik verfügen, wie im gesamten Haus üblich über ein hausinternes Funktelefon. Somit besteht jederzeit eine aktuelle Verfügbarkeit der Mitarbeiter.

5. QUALITÄTSSICHERUNG

5.1. STRUKTUREN & ORGANISATION

Die Frauenklinik befindet sich in der Aufbauphase eines umfangreichen Qualitätsmanagements.
Chefarzt Dr. Romann ist als EFQM Assessor qualifiziert.
Die Oberärztin Frau Papez-Rodosek ist von der Ärztekammer Westfalen-Lippe anerkannte Qualitätsmanagerin. Sie betreut das laufende Zertifizierungsverfahren des Brustkrebszentrums.

5.2. METHODEN & DEFINIERTE VERFAHREN

Das im Juli 2004 gestartete Pilotprojekt „Qualitätsentwicklung Frauenheilkunde“ unter der Leitung von Frau M. Westen – Unternehmensberaterin der Firma Care Consult aus Berlin, wird durch die Chefärzte und die Qualitätsmanagerin weitergeführt.
Ziel ist eine kontinuierliche Qualitätsverbesserung der Behandlungsabläufe in der Frauenklinik.
Abteilungsintern bestehen fünf Arbeitsgruppen, die aus Mitgliedern der Pflege, Ambulanz, Sekretariat, OP und Ärzteschaft zusammengesetzt sind. In zeitlich fest terminierten Abständen finden Gruppentreffen statt, um Verbesserungsvorschläge zu erarbeiten. Die Gruppenleiter (Experten) treffen sich in regelmäßigen Abständen, um sich abzustimmen (Expertenteam).
Ein eingerichtetes Managementteam bestehend aus den Chefärzten und Stationsleitungen trifft sich jeden Monat, um Entwicklungen und Probleme aus den Arbeitsgruppen zu reflektieren, Lösungen vorzuschlagen und Veränderungen umzusetzen.
In dreimonatigen Abständen finden Klinikkonferenzen statt, in denen alle Mitarbeiter der Klinik über den Fortgang des Projektes informiert werden. Das Brustzentrum der Frauenklinik befindet sich in der Zertifizierungsphase nach den Anforderungen der Ärztekammer Westfalen-Lippe. Angestrebt ist die Erstzertifizierung im Frühjahr 2006.

Geleitet wird das Zertifizierungsprojekt durch Chefarzt Dr. Romann und der Fachärztin Frau Papez-Rodosek.
Das Westdeutsche Brustzentrum, unter der Leitung von Herrn Dr. Tuschen und der Firma GSG Konsult aus Herne, koordinieren die Zertifizierungsschritte.
Eingebunden in die Zertifizierung ist das kooperierende Brustzentrum des St.-Katharinen-Hospitals Unna sowie zahlreiche übrige assoziierte Fachabteilungen.
Nach Erreichen der Erstzertifizierung wird dann die Zertifizierung der Deutschen Krebsgesellschaft angestrebt.

5.3.1. PATIENTENVERSORGUNG

5.3.1.1. ALLGEMEINE INFORMATIONEN

Oberste Maxime der Klinikleitung und des Mitarbeiterteams ist die bestmöglichste Versorgung der Patientinnen, bei höchstmöglicher Zuwendung und optimalem Einsatz der finanziellen Ressourcen.
Ein Ineinandergreifen der Abläufe soll der Patientin einen möglichst reibungslosen Behandlungsverlauf vom Erstkontakt bis zur Entlassung garantieren. Voraussetzung hierfür ist ein umfassendes Kommunikationsmanagement.

Folgende Sitzungen finden daher regelmäßig statt:

- **Montagsgespräch**
  jede Woche Chefärzte mit den Stationsleitungen; Dauer 30 Min.
- **Früh- und Nachmittagsbesprechung**
  täglich, Ärzte; Dauer 20 Min.
- **Interdisziplinäre Tumorkonferenz**
  wöchentlich mit dem Ärzteteam der onkologischen Partnerkliniken; Dauer 90 Min.
- **Teamgespräche**
  monatlich, Klinikleitung, Stationsleitung, Stationsärzte, Pflegekräfte; Dauer 60 Min.
- **Beschwerdemanagement**
  monatlich, interdisziplinäres Team; Dauer 60 Min.
- **Steuerungsgespräch**
  monatlich, Chefärzte, Verwaltungsdirektor, Controlling, Stationsleitung; Dauer 60 Min.
- **Chefarztkonferenz**
  monatlich Chefärzte und leitender Apotheker; Dauer 180 Min.
- **Großteamsitzung**
  dreimonatlich, alle Mitarbeiter der Frauenklinik; Dauer 120 Min.
- **Klinikkonferenz**
  Chefärzte und Direktorium der Klinik, alle drei Monate

Ein bestmögliches Behandlungskonzept wird für die Patientinnen durch strukturierte Abläufe gewährleistet. Diagnose und Therapieverfahren richten sich nach den Standards und Leitlinien:

- Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe
- Deutsche Gesellschaft für Senologie
- S3-Richtlinie Diagnostik, Therapie und Nachsorge des Mamma-Carcinoms der Deutschen Krebsgesellschaft
- Arbeitsgemeinschaft Gynäkologische Onkologie AGO
- Deutsche Gesellschaft für Urogynäkologie

Aufnahmeverfahren

Jede Patientin, die neu in der Abteilung aufgenommen wird, wird von einem der Chefärzte untersucht.

Visiten

Täglich zur festgelegten Tageszeit erfolgt die Vorstellung der operativen und onkologischen Patientinnen durch den Stationsarzt beim Chefarzt.

Therapieplanung

Körperliche Untersuchung, Ultraschalluntersuchung und Befundbesprechung führt der Chefarzt durch. In Absprache mit der Patientin, entsprechend den gewählten Leitlinien, erfolgt dann die Therapieplanung.

Ärztebesprechungen/Therapievorschläge

Zur Kontrolle der Therapievorschläge finden täglich Visiten, zweimal täglich Ärzteteambesprechungen und zweimal wöchentlich Chefarztvisiten statt.

Oberarztvisite

Die Oberärzte der gynäkologischen und der geburtshilflichen Station unterstützen die Chefärzte in der Umsetzung der Behandlungsabläufe. Jeder führt einmal wöchentlich in seinem Bereich eine Oberarztvisite durch.

OP-Kapazität

Die schnellstmögliche operative Behandlung wird durch eine enge interdisziplinäre Zusammenarbeit gewährleistet. Die Abteilung für Anästhesie koordiniert die OP- Kapazität für die Woche unter Berücksichtigung anfallender Notfälle.

Planung der OP-Kapazitäten

Das Sekretariat der Abteilung ist für die Einbestellung der Routineneaufnahmen zuständig. Jeden Mittag erfolgt die Erstellung des OP-Plans durch einen der Chefärzte. Gleichzeitig erfolgt die Vorplanung für den folgenden Tag.
Ein OP-Koordinator ist täglich für den reibungslosen OP-Ablauf im Zentral- und Ambulanz-OP zuständig und über Klinikfunktelefon ständig erreichbar.

Schmerztherapie

Hoher Wert wird auf eine postoperative Schmerztherapie gelegt. In Zusammenarbeit mit der Abteilung für Schmerztherapie Leitung Dr. Lux wurde für die einzelnen Operationsarten ein individuelles Schmerzkonzept erarbeitet, dass von einer speziellen Schmerzschwester aus der Abteilung überwacht wird.

Patientenzufriedenheit

Frühmobilisation und Nahrungsaufnahme, sowie Unterstützung durch die Abteilung für Krankengymnastik, Einschalten des sozialmedizinischen Dienstes, das Angebot einer psychotherapeutischen Betreuung, speziell ausgebildete Fachschwestern (Onkologie, Stillbeauftragte) bilden die Grundlage einer schnellen Genesung und hoher Patientinnenzufriedenheit.
Die Einrichtung von Kummerkästen und die Arbeitsgruppe Beschwerdemanagement garantieren bei Problemen eine zügige Bearbeitung und Rückkopplung für die betroffene Patientin und die Klinikleitung.

ZIELE

Unser Hauptaugenmerk richtet sich neben der optimalen medizinischen und pflegerischen Betreuung auf die Patientenzufriedenheit. Um den Grad der Zufriedenheit messen zu können, nahmen wir an einer externen Befragung durch das Picker-Institut teil. Daneben führten wir noch eine klinikspezifische Befragung bei 100 Patientinnen durch.
Das Ergebnis wurde in Arbeitsgruppen diskutiert und analysiert.
Um eine höhere Zufriedenheit zu erreichen, sind jetzt Renovierungsarbeiten auf den Stationen und in den Patientenzimmern geplant. Die Mitarbeiter führen eine Selbstreflektion durch, um den Grad der Aufmerksamkeit für die Patientinnen noch weiter zu erhöhen.

5.3.1.2. PROJEKTE IN 2005

Kein Beitrag für das Berichtsjahr.

5.3.2 MITARBEITER

5.3.2.1. ALLGEMEINE INFORMATIONEN

Ärztliche und pflegerische Mitarbeiter sind die wichtigsten Stützen in der täglichen klinischen Arbeit.
Unser Ziel ist es, diese Mitarbeiter zu motivieren und fachlich weiterzubilden.
In unserem Qualitätsprojekt entwickelten wir verschiedene Verfahren, um diesem Anspruch gerecht zu werden.
Eine umfangreiche Einarbeitungsmappe mit allen Abläufen wurde erstellt und wird neuen Mitarbeitern ausgehändigt.
Ein Jahresurlaubsplan wird erstellt, in dem die Kernurlaubstage bis zum Februar festgelegt werden müssen.
Ein Fortbildungsjahresplan wird erstellt, in dem die Hauptfortbildungen (z. B. Deutscher Gynäkologen Kongress/Senologie Kongress etc.) berücksichtigt wer-

den.
Regelmäßige Mitarbeitergespräche werden geführt.
Im Ergebnis fanden sich nach diesen Maßnahmen deutlich weniger Unzufriedenheiten bei der Urlaubsgestaltung. Alle Mitarbeiter konnten die Fortbildungen besuchen, die sie für sich im Jahr eingeplant hatten.

5.3.2.2. PROJEKTE IN 2005

Kein Beitrag für das Berichtsjahr.

5.3.3. SICHERHEIT & UMWELT

5.3.3.1. ALLGEMEINE INFORMATIONEN

Nicht nur im Hinblick auf knappe Ressourcen sondern auch in Hinblick auf Umweltschutzaspekte im weitesten Sinne ist eine möglichst sparsame und sinnvolle Anwendung von Einmalartikeln wie OP-Handschuhe, OP-Abdeckmaterial u.s.w. von erheblicher Bedeutung.
Sicherheit für Patientinnen und auch Sicherheit für das ärztliche und pflegerische Personal bei der täglichen Arbeit ist eine Grundvoraussetzung für Patientenzufriedenheit auf der einen und gute Zusammenarbeit und Vermeidung berufsbedingter Verletzungen und Erkrankungen auf der anderen Seite.
Dem Ziel einer möglichst sicheren und auch umweltbewussten Arbeitsweise müssen sich alle Mitarbeiter der Abteilung für Gynäkologie und Geburtshilfe im St.-Marien-Hospital Lünen verpflichtet fühlen. Ihre Umsetzung und Integration in die tägliche Arbeit ist ein stetiger Prozess, der einer ständigen Aktualisierung und Anpassung bedarf. Hierbei müssen alle beteiligten Berufsgruppen (Ärzte, Hebammen, Pflegepersonal der Stationen, OP-Schwestern, Ambulanz-Schwestern) mitwirken, um die hiermit verbundenen Abläufe und Prozesse optimieren zu können.
Ein derartiger Austausch findet im Rahmen des im Jahre 2005 in der Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe begonnenen Pilotprojektes "Qualitätsentwicklung" statt. Hierbei sind folgende Teilaspekte der Thematik "Sicherheit und Umwelt" durchdacht und optimiert worden.

OP-Vorbereitung

Zur Vermeidung von Problemen an der besonders wichtigen Schnittstelle Station – Operationssaal besteht eine Checkliste "OP-Vorbereitung". Anhand dieser Checkliste werden alle zur anstehenden Operation erforderlichen Untersuchungen (Labor, Röntgen, EKG, weitere bildgebende Diagnostik) abgearbeitet und auf ihre Vollständigkeit überprüft. Auch das Vorliegen sämtlicher unterschriebener Aufklärungsbögen (Operation, Anästhesie) wird auf Vollständigkeit überprüft. Diese Checkliste wird am Vorabend der Operation von der diensthabenden Schwester und vom Stationsarzt durchgesehen und die Vollständigkeit der Unterlagen per Handzeichen bestätigt.

Im Rahmen des Pilotprojektes "Qualitätsentwicklung" erfolgt eine Bestandsaufnahme zur Überprüfung der Umsetzung und Besprechung evtl. Probleme.

Berufsbedingte Verletzungen

Sämtliche Verletzungen des medizinischen Personals durch die berufsbedingte Arbeit wie Nadelstichverletzungen, Verletzungen während Durchführens einer Operation, Kontamination mit Zytostatika u.s.w. werden einzeln erfasst. Insgesamt kann festgestellt werden, dass derartige Vorkommnisse in der Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe ein sehr seltenes Ereignis darstellen.

OP-Abdeckung

Im Jahre 2004 wurden insbesondere die angewendeten Abdeckungsverfahren bei den kleineren gynäkologischen Eingriffen, die hauptsächlich im gesonderten Eingriffsraum der Gyn.-Ambulanz durchgeführt werden, einer kritischen Überprüfung unterzogen. 2005 konnte das angewandte Abdeckeinmalmaterial in seinem Umfang erheblich reduziert werden, ohne die Qualität des Eingriffes und der damit verbundenen Hygiene und Sicherheit zu beeinträchtigen. Die deutliche Einsparung von Einmalabdeckmaterial dämmt nicht nur die Materialkosten sondern schont auch die Umwelt. Die hiermit ebenfalls verbundenen kürzeren OP-Zeiten bedeuten einen zusätzlichen Benefit hinsichtlich der Kosten für die durchgeführte Operation (Anästhesie, Personal).
Im Rahmen des Pilotprojektes Qualitätsentwicklung an der Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe wurden im Jahre 2005 die Abdeckungsleitlinien für alle gynäkologischen Operationen im Zentral-OP überarbeitet und standardisiert.

Umgang mit Zytostatika

Die im Zusammenhang mit bösartigen gynäkologischen Erkrankungen oft erforderliche Zytostatika-Therapie wird an der Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe des St.-Marien-Hospitals Lünen überwiegend ambulant durchgeführt. Hierzu besteht ein "Raum für ambulante Chemotherapie" mit adäquater Ausstattung auf der gynäkologischen Station A4 .
Die Applikation der Zytostatika erfolgt durch die Stationsärzte sowie speziell geschultes Pflegepersonal der Station.
Die Zytostatika werden in der Zentralapotheke des Hauses speziell für jede Patientin zu- und vorbereitet, so dass auf der Station die individuell zubereiteten Zytostatikalösungen nur noch appliziert werden müssen.
Bezüglich des Verhaltens bei unerwünschten Ereignissen (z.B. Paravasat) bestehen Richt- und Leitlinien, die von der Zentralapotheke erarbeitet wurden.
Die Entsorgung des gesamten Materials im Zusammenhang mit der Chemotherapie ist geregelt.
Da Chemotherapien häufig durchgeführt werden besteht beim zuständigen Personal große Erfahrung. Probleme im Zusammenhang mit der ambulanten Chemotherapie stellen die Ausnahme dar.

Lagerung im Operationssaal

Die Lagerung der Patientinnen zur anstehenden Operation im Zentral-OP erfolgt in der Regel durch das OP-Pflegepersonal in Zusammenarbeit mit Anästhesist und Operateur, der letztlich für die Lagerung verantwortlich ist.
Im Rahmen des Pilotprojektes Qualitätsentwicklung in der Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe werden alle mit der Patientenlagerung zusammenhängenden Abläufe standardisiert.
Probleme wie Lagerungsschäden, Hautläsionen durch Anwendung von Strom bei der Operation oder das Entstehen eines Dekubitus bei langdauernden Operationen und Einwirkung von Desinfektionslösungen traten im Jahre 2005 nicht auf.

5.3.3.2. PROJEKTE IN 2005

Kein Beitrag für das Berichtsjahr.

5.3.4. DATENSCHUTZ & DATENSICHERHEIT
5.3.4.1. ALLGEMEINE INFORMATIONEN

Informationen ärztlicher Mitarbeiter

Jeder neue ärztliche Mitarbeiter wird nach seinem Eintritt in die Klinik in das elektronische Krankenhausinformationssystem eingewiesen. Diese Einweisungsveranstaltung wird durch das Medizincontrolling durchgeführt. Hierbei werden auch datenschutzrelevante Probleme besprochen.

Auskunft an Angehörige

Eine Auskunftserteilung an Angehörige der Patientinnen erfolgt nur nach vorheriger Absprache mit der Patientin selbst. Es wird angestrebt, dass das Auskunftsgespräch möglichst zusammen mit der Patientin selbst durchgeführt wird. Von telefonischer Auskunftserteilung soll möglichst abgesehen werden. Falls eine solche jedoch erforderlich ist, muss vorher das Einverständnis der Patientin hierzu eingeholt werden.

Behandlung Minderjähriger

Die Behandlung Minderjähriger erfolgt in Absprache mit dem oder den Erziehungsberechtigten. Besonders vor der Durchführung operativer Eingriffe wird der Erziehungsberechtigte in das ärztliche Aufklärungsgespräch eingebunden. Der oder die Erziehungsberechtigten müssen die Einverständniserklärung zur Operation zusammen mit der minderjährigen Patientin unterschreiben.

5.3.4.2. PROJEKTE IN 2005

Gewährleistung des Datenschutzes im Bereich Aufnahme, Ambulanz, etc.
Im Jahre 2005 ist die Neugestaltung der gynäkologischen Ambulanz abgeschlossen worden. Für den gesamten Bereich Patientenaufnahme, Patientenaufklärung, Patientendaten betreffend, ist im Zusammenhang mit dem Pilotprojekt Qualitätsentwicklung in der Klinik für Gyn. und Geburtshilfe eine Neuordnung aller hiermit zusammenhängenden Abläufe, Fragestellungen und Probleme durchgeführt worden.

5.3.5. ORGANISATION, FÜHREN & LEITEN

5.3.5.1. ALLGEMEINE INFORMATIONEN

Die Zusammenführung der Kliniken für Frauenheilkunde der St.-Christopherus-Krankenhauses Werne und des St.-Marien-Hospitals Lünen führten zu einer deutlichen Zunahme der Fallzahlen sowie der Operations- und Entbindungszahlen.
Im Jahr 2005 war es Ziel der Klinik, die neu gewonnenen Mitarbeiter in verschiedenen Projekten optimal einzubinden. Je nach Ausbildungsgrad und Motivation wurde folgende Aufgaben zugeteilt:
Chefarzt Dr. Ermer – Leitung Urogynäkologie, minimalinvasive Chirurgie, operative Onkologie, Geburtshilfe
Chefarzt Dr. Romann – Leiter Brustzentrum, Durchführung ambulanter Chemotherapien, allgemeine operative und konservative Gynäkologie, Geburtshilfe
FÄ Frau L. Papez-Rodosek – Oberärztin und Qualitätsmanagerin
FÄ Frau Dr. Grundmann – Beauftragte für die Studentenausbildung der Frauenklinik
FÄ Frau Dr. Beckmann – Koordination ambulante Operationen
Ass.-Arzt Dr. Bärmig – Benchmarking des Brustzentrums
Ass.-Ärztin Dr. Burmeister-Bach – DRG-Fachbeauftragte
Die Vollständigkeit der übermittelten Datensätze im Benchmarkbericht, wie auch die DRG-Verschlüsselungen zeigen stets Spitzenplätze.
Befragungen der Studenten, die ihr Blockpraktikum in unserer Abteilung absolvierten, zeigten höchste Zufriedenheitsgrade.
Auch im Jahre 2005 kam es zu einer weiteren Steigerung unserer ambulanten Operationszahlen. Die Fallschwere und die Anzahl der Nebendiagnosen in unserer Abteilung weisen Spitzenwerte auf.

5.3.5.2. PROJEKTE IN 2005

Die Bereitstellung von Fördermitteln erlaubte im Jahre 2005 die komplette Neugestaltung der gynäkologischen Ambulanz im Rahmen der Schaffung einer neuen zentralen Aufnahme. Ziel der Maßnahme war der Umzug im Dezember 2005. Unter Einbindung der verschiedenen Berufsgruppen war ein möglichst optimal gestalteter Arbeitsplatz und ein möglichst optimales Behandlungskonzept zu erstellen.

Frühzeitig wurden deshalb gemeinsam mit der Verwaltung Arbeitsgruppen gebildet, die die verschiedenen Bereich der Ambulanz mitgestalteten. Es bestand die Möglichkeit, mit Architekten und Bausachverständigen zu sprechen. Durch Hospitationen anderer Ambulanzen, konnten weitere Ideenvorschläge gesammelt werden.
Im Ergebnis konnte die Ambulanz bereits im Oktober 2005 in ihre neuen Räumlichkeiten einziehen. Mitarbeiter und Patientinnen sind höchst zufrieden mit der angenehmen Atmosphäre und dem modernen Arbeitsumfeld.
Die Aufteilung zeigte in der Jahresstatistik höchst zufriedenstellende Ergebnisse. Das Zertifizierungsprojekt wurde optimal angeleitet, so dass im Frühjahr 2006 die Erstzertifizierung zu erwarten ist.

5.3.6. EXTERNE BEZIEHUNGEN & NETZWERKE
5.3.6.1. ALLGEMEINE INFORMATIONEN

Zusammenarbeit mit niedergelassenen Kinderärzten und Orthopäden

Zu einer engen Zusammenarbeit zwischen niedergelassenen Kinderärzten und Orthopäden und der Frauenklinik am St.-Marien-Hospital Lünen kam es im Jahre 2004. Anlässlich eines Treffens mit niedergelassenen Kinderärzten wurde über Probleme bei der Erst- und Weiterbetreuung von Neugeborenen gesprochen, die durch die immer kürzere Verweildauer der Frauen im Zusammenhang mit einer Geburt auftreten können (Stoffwechseltests und Untersuchungen, Kontrolle erhöhter postpartaler Bilirubinwerte u.s.w.). Hier wurden Absprachen zur Verbesserung der Zusammenarbeit festgelegt.
Des weiteren kam es zu einer vertraglich geregelten Mitarbeit von zwei niedergelassenen Kinderärzten und einem niedergelassenen Orthopäden an der Frauenklinik. So werden durch diese externen Ärzte zu festgelegten Zeiten Hüftsonographien bei allen in der Klinik geborenen Neugeborenen durchgeführt, um so einen wichtigen Beitrag zur Früherennung von Hüftproblemen bei Neugeborenen zu leisten.

Vestische Kinderklinik Datteln

In der Geburtshilfe besteht eine enge Zusammenarbeit mit der Vestischen Kinderklinik Datteln. Bei zu erwartenden Risikogeburten und auf Anfrage kommt ein neonatologisches Team zur Geburt des Kindes in das St.-Marien-Hospital Lünen.
Notwendige Verlegungen von Neugeborenen erfolgen hauptsächlich in die Kinderklinik nach Datteln.
Kinderärzte aus der Kinderklinik Datteln kommen täglich nach Lünen, um die U2-Untersuchungen durchzuführen und bei der Behandlung von Problemen im Neugeborenenzimmer mitzuwirken.
Fortbildungsveranstaltungen des medizinischen Personals der Abteilung für Gynäkologie und Geburtshilfe z. B. über die Reanimation von Neugeborenen werden regelmäßig von der Kinderklinik Datteln durchgeführt. Die niedergelassenen Kinderärzte aus Lünen führen dreimal wöchentlich ein Hüftultraschallscreening bei den Neugeborenen durch.

5.3.6.2. PROJEKTE IN 2005

Im Zusammenhang mit den Bemühungen um Anerkennung der Abteilung für Gynäkologie und Geburtshilfe als Brustzentrum (die Anerkennung wurde im Januar 2005 vom Gesundheitsministerium zugesprochen) kam es zu einer intensiven Zusammenarbeit mit der Abteilung für Gynäkologie und Geburtshilfe am St.-Katharinen-Hospital in Unna.
Diese Zusammenarbeit wird durch die Arbeiten zur Zertifizierung des inzwischen anerkannten kooperativen Brustzentrums Lünen/Unna im Jahre 2005 weiter intensiviert.

- St.-Katharinen-Hospital in Unna
- Pathologisches Institut

In diesem Zusammenhang kam es auch zu einer engen Zusammenarbeit mit dem Institut für Pathologie am Knappschafts-Krankenhaus in Dortmund-Brackel. Um den Erfordernissen einen Brustzentrums an die Pathologie gerecht werden zu können, wurde am St.-Marien-Hospital in Lünen eine Nebenstelle der oben genannten Einrichtung geschaffen, die zu bestimmten Zeiten mit einem Pathologen besetzt ist. Auf diese Weise sind auch Schnellschnittuntersuchungen am St.-Marien-Hospital Lünen ohne unnötigen Zeitaufwand möglich.

5.3.7 EXTERNE QUALITÄTSSICHERUNG

5.3.7.1. ALLGEMEINE INFORMATIONEN

Qualitätssicherungsverfahren

Die Frauenklinik am St.-Marien-Hospital Lünen nimmt zur Verbesserung der Behandlungsabläufe an qualitätssichernden Maßnahmen teil. Dazu zählen externe Qualitätssicherungsverfahren der Geschäftsstelle Qualitätssicherung der Krankenhausgesellschaften, Verbände der Kostenträger und der Ärztekammern in Nordrhein-Westfalen sowie dem Benchmark-Programm des Westdeutschen Brustzentrums in Düsseldorf. Erfasst werden dabei operative Maßnahmen mit postoperativem Heilungsverlauf, Geburtsverläufe sowie Behandlungsabläufe bei Brustkrebserkrankungen.
Die Daten werden anonymisiert, in einem speziellen Softwareprogramm erfasst und zur Auswertung an die zentralen Auswertungsstellen geschickt. In jährlichen bzw. halbjährlichen Protokollen werden die Ergebnisse der Klinikleitung zur Verfügung gestellt. Anhand der erfassten Daten werden in entsprechenden Qualitätskonferenzen sowohl die ärztlichen, als auch pflegerischen Mitarbeiter über die Ergebnisse informiert. Ziel dieses externen Qualitätsvergleichs ist ein Vergleich mit den Standards entsprechend anderer Schwerpunktabteilungen sowie die Erarbeitung von Verbesserungsvorschlägen um Behandlungsabläufe noch optimaler zu gestalten.

PATIENTENFRAGEBOGEN DES WESTDEUTSCHEN BRUSTZENTRUMS

Neben den Qualitätsmerkmalen wird in der Klinik jeder Patientin, die an Brustkrebs erkrankt, ein spezieller Fragebogen des Westdeutschen Brustzentrums ausgehändigt. Eine der zentralen Fragen an die Patientin war, ob sie sich genügend durch das Klinikpersonal über ihre Krankheit informiert gefühlt hat. Die Analyse zeigte eine über 98 %tige Zufriedenheit. Im Vergleich zu anderen Kliniken, die knapp 90 %tige erzielten.
Aufgrund der transparenten Kommunikationsstrukturen innerhalb unserer Abteilung und die offene Einbindung der Patientin konnte dieser hohe Zufriedenheitsgrad erzielt werden.
Gerade die Auswertung von Patientenfragebögen gibt Mitarbeitern der Frauenklinik die Möglichkeit Behandlungsverläufe zu verbessern.

DMP-PROGRAMM „BRUSTKREBS“

Im Bereich der Brustkrebserkrankung nimmt die Frauenklinik am DMP-Programm „Brustkrebs“ teil. Hier findet ein intensiver Austausch mit den behandelnden niedergelassenen Kollegen statt. Wichtige Daten zur Diagnostik, Operation und Therapie des Brustkrebs werden zusammengetragen und an eine zentrale Auswertungsstelle in Leipzig gesendet. Von hier aus findet einmal jährlich eine Analyse der Behandlungsverläufe statt.

GEBURTSHILFLICHER PATIENTENFRAGEBOGEN

Auch im Rahmen unseres Qualitätsprojektes werden gezielt Qualitätssicherungsmaßnahmen erstellt. Im Bereich der Geburtshilfe ist ein Patientinnenfragebogen entwickelt worden, der gezielt Behandlungsabläufe der werdenden und jungen Mutter hinterfragt. Das positive Echo der Patientin auf die Möglichkeit einen Fragebogen ausfüllen zu können motiviert die Mitarbeiter weitere entsprechende Maßnahmen voranzutreiben.
Die Analyse der Patientenfragebögen zeigt Defizite im Behandlungskonzept auf.
In Arbeitsgruppen werden jetzt Behandlungsabläufe hinterfragt, analysiert und neu festgelegt, um dann im Ergebnis erneut durch eine Fragebogenaktion kontrolliert zu werden.

5.3.7.2. PROJEKTE IN 2005

Kein Beitrag für das Berichtsjahr.

5.3.8. CONTROLLING, INVESTITIONS- & FINANZMANAGEMENT

5.3.8.1. ALLGEMEINE INFORMATIONEN

An der Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe finden monatliche Besprechungen der Chefärzte mit der Geschäftsführung statt. An diesen Besprechungen sind bei Bedarf Mitarbeiter des Medizincontrollings sowie der Leiter des kaufmännischen Bereiches I beteiligt. In diesen Sitzungen werden die aktuellen Kennzahlen der Abteilung wie Belegung, Verweildauer, Art und Anzahl der DRG besprochen und auffällige Abweichungen dargestellt und analysiert.
In sechswöchigen Abständen werden Besprechungen über die Verbrauchsentwicklung beim medizinischen Sachbedarf und bei den Medikamenten durchgeführt.
An diesen Besprechungen nehmen neben den Chefärzten die leitende OP-Schwester, die Stationsschwestern sowie der Chefapotheker teil. Auf diese Weise können auffällige Abweichungen erkannt und falls notwendig rechtzeitig gegengesteuert werden.

5.3.8.2. PROJEKTE IN 2005

Kein Beitrag für das Berichtsjahr.

5.3.9. EINKAUFSMANAGEMENT & LOGISTIK

5.3.9.1. ALLGEMEINE INFORMATIONEN

Die Beschaffung von medizinischen Sachgütern und Geräten erfolgt über die zentrale Einkaufsabteilung. Der Leiter der Einkaufsabteilung ist bei Bedarf an den Sitzungen über den medizinischen Sachbedarf der Abteilung beteiligt, so dass auch hier eine Austausch mit den Verbrauchern (Station, OP, Ärzte) möglich ist.

5.3.9.2. PROJEKTE IN 2005

Kein Beitrag für das Berichtsjahr.

6. WEITERGEHENDE INFORMATIONEN

Kein Beitrag für das Berichtsjahr.

7. SCHLÜSSELERGEBNISSE

Kein Beitrag für das Berichtsjahr.

8. ZUSAMMENFASSUNG & AUSBLICK

Im Jahre 2005 konnten wichtige Projekte in der Abteilung für Frauenheilung und Geburtshilfe abgeschlossen und neue gestartet werden.
Die Anerkennung des Brustkrebszentrums im Januar 2005 als operativer Standort gemeinsam mit dem Katharinen-Hospital in Unna führte zur Bildung einer Arbeitsgruppe „Brustzentrum“, die wesentlich für die Ausgestaltung der Zertifizierung zuständig ist.
Eine umfangreiche Informationsbroschüre für die senologische Abteilung wurde erarbeitet.
Die senologische Abteilung wurde eingerichtet, das Zimmer für die ambulante Chemotherapie in das senologische Konzept mit eingebettet.
Wöchentliche Tumorkonferenzen der beteiligten Fachabteilungen wurde gestartet. Einmal monatlich mit Fortbildungsreihen zu onkologischen Themen sowie einmal monatlich gemeinsam mit der Frauenklinik des Katharinen-Hospitals Unna.
Die Bemühungen um eine Verbesserung der Brustkrebspatientinnen spiegelten sich in einer Steigerung der Behandlungszahlen wieder.
Im Jahre 2004 wurden 83 primäre Brustkrebsfälle behandelt, im Jahre 2005 konnte eine Steigerung auf 123 primäre Brustkrebsfälle verzeichnet werden.
Im Bereich der Geburtshilfe kam es zu einer weiteren Versorgungsoptimierung. So bieten die Kinderärzte aus Lünen jetzt eine Hüftultraschalluntersuchung des Neugeborenen an.
Das Konzept der Kreißsaalführung wurde überarbeitet, so findet jetzt z. B. alle zwei Monate eine Kreißsaalführung mit Betreuung von Geschwisterkindern statt.
Ein spezieller Parkplatz für werdende Eltern, direkt am Eingangstor, wurde eingerichtet. Eine spezielle Hebammensprechstunde ist entstanden und weitere Beleghebammen konnten ans Haus gebunden werden.
All diese Maßnahmen führten zu einer weiteren Steigerung der Geburtenzahlen von 753 im Jahre 2004 auf 788 neugeborene Kinder im Jahre 2005.
Eine weitere Verbesserung der Patientenbetreuung ist für das kommende Jahr geplant. So sollen weitere minimalinvasive Konzepte im Bereich der Inkontinenzchirurgie etabliert werden. Die optimale Versorgung der onkologischen Patientinnen wird im Jahre 2006 gemeinsam mit der neu gegründeten Praxis für internistische Onkologie durch Herrn Dr. Grothaus-Pinke erarbeitet werden.
Die Ergebnisse der Patientinnenbefragungen werden im nächsten Jahr konsequent umgesetzt. Unser Ziel ist es, eine noch höhergradige Patientenzufriedenheit zu erzielen, um damit die Auslastung der Abteilung noch weiter zu steigern.

VII-VII MEDIZINISCHE KLINIK I

1.	Vorwort	267
2.	Verfasser	267
3.	Basisinformationen	268
3.1.	Inhalte, Auftrag & Ziele	268
3.2.	Organisationsstrukturen, Leitung & Zuständigkeiten	268
3.3.	Personal	269
3.3.1.	Stellenplan & Qualifikationen	269
3.3.2.	Weiterbildungsermächtigung(en)	271
3.3.3.	Traineeprogramme, Praktika & Hospitationen	271
3.3.4.	Lehre, Forschung & Entwicklung	271
3.4.	Leistungsspektrum, Schwerpunkte & Serviceangebote	272
3.5.	Planbetten	277
4.	Technische Ausstattung	278
5.	Qualitätssicherung	278
5.1.	Strukturen & Organisation	278
5.2.	Methoden & definierte Verfahren	279
5.3.	Prozesse	279
5.3.1.	Patientenversorgung	279
5.3.2.	Mitarbeiter	279
5.3.3.	Sicherheit & Umwelt	280
5.3.4.	Datenschutz & Datensicherheit	280
5.3.5.	Organisation, Führen & Leiten	280
5.3.6.	Externe Beziehungen & Netzwerke	281
5.3.7.	Externe Qualitätssicherung, Vergleiche & Benchmarking	281
5.3.8.	Controlling, Investitions- & Finanzmanagement	281
5.3.9.	Einkaufsmanagement & Logistik	281
6.	Weitergehende Informationen	282
7.	Schlüsselergebnisse	282
8.	Zusammenfassung & Ausblick	282

1. VORWORT

Die Erkrankungen des Herz-Kreislaufsystems werden mit zunehmendem Alter der Menschen immer häufiger. Es wird aber nicht akzeptiert, dass das Alter die Haupt-Variable für diese Erkrankungen darstellt. Gerade Menschen jenseits der Berufszeit fordern ein beschwerdefreies Leben mit voll erhaltener physischer Mobilität mit der Möglichkeit, bisher nicht Wahrgenommenes nachzuholen.

Es ist ein Zeichen von Vertrauen, dass Patienten in unsere Klinik kommen und diese physische Mobilität einfordern.

Der Lungenerkrankung kommt an der Grenze nördliches Ruhrgebiet-südliches Münsterland eine große Bedeutung zu. Gerade ältere Patienten, die noch im Bergbau mit dem Presslufthammer ohne Staubschutz gearbeitet haben, leiden unter den Folgen dieser Exposition.

Davon abzugrenzen sind die Lungenschäden, die durch vermeidbare Schädlichkeiten (z. B. Rauchen) behandelt werden müssen.

Neben einer professionellen Behandlung basierend auf der evidenzbasierten Medizin, ist bei Erkrankungen des Kreislaufsystems und der Lunge die Mitarbeit der Patienten erforderlich, es müssen Einschnitte in bislang geübte Lebensweisen gemacht werden, die von vielen Patienten nicht sofort eingesehen werden.

Einfühlsamkeit und Überzeugungsvermögen werden von uns Ärzten genauso verlangt wie professionelles ärztliches Handeln.

Trotz allen medizinischen und pflegerischen Könnens, praktischer Fertigkeiten und des gebotenen Einfühlungsvermögens der unmittelbar am Patienten wirkenden Personen muss unsere Arbeit gefördert werden durch eine der Zielsetzung der Klinik entsprechende Bereitstellung von Raum, ausreichendem ärztlichen und pflegerischen Personal sowie diagnostischem und therapeutischem Gerät.

Hier ist das Management des Krankenhauses gefragt, das durch offene und zeitnahe Gespräche die Voraussetzung für die gemeinsam zu erarbeitende Zielsetzung und damit für die erforderliche Ausstattung schafft.

2. VERFASSER

Prof. Dr. med. B. Niehues
Chefarzt
Dr. med. J. Kreß
Oberarzt
Dr. med. A. Helfen
Oberarzt
R. Halfenberg
Oberarzt

3. BASISINFORMATION

3.1. INHALTE, AUFTRAG &ZIELE

Die Med. Klinik I hat den Auftrag, Patienten mit Erkrankungen des Herz-Kreislaufsystems, Lungenerkrankungen und Nierenerkrankungen nach dem aktuellen Stand des Wissens zu versorgen. Diese Versorgung findet auf mehreren Ebenen statt:

ambulante Versorgung: die persönliche Ermächtigung des Chefarztes zur Versorgung ambulanter Patienten ist stark beschnitten, seit eine kardiologische Praxis, mit der eine sehr gute Zusammenarbeit erfolgt, etabliert ist. Dennoch können wir durch die Ausschöpfung der prästationären Behandlung vielen Patienten eine stationäre Behandlung ersparen.

stationäre Versorgung: diese Versorgung stellt die Hauptaufgabe der Klinik dar. Es wurden 2005 4673 Patienten stationär versorgt, dabei wurden im Rahmen der **konsiliarischen Versorgung** mehr als 3000 Patienten sowohl in den anderen Kliniken unseres Hauses als auch in umliegenden Krankenhäusern von uns betreut.

Ziel unserer Tätigkeit sind die Zufriedenheit und die objektivierbare Verbesserung unserer Patienten. Häufig klaffen Zufriedenheit und objektive Verbesserung der Körperfunktion auseinander. Die Patienten sind unzufrieden trotz nachhaltiger Besserung ihrer Krankheitsbilder, weil sie sich nicht ausreichend versorgt fühlen oder ihren Wünschen nicht immer entsprochen werden konnte. Wir müssen uns diesseits der DRG, Qualitätskontrolle und Verweildauer-Erniedrigung auf unsere Kernaufgabe besinnen und durch individuelle Zuwendung diese Lücke schließen.

3.2. ORGANISATIONSSTRUKTUREN, LEITUNG & ZUSTÄNDIGKEITEN

ZUSTÄNDIGKEITEN DES CHEFARZTES

Zuständig und letztverantwortlich für die Med. Klinik I ist der Chefarzt. Ihm obliegen Schaffen eines guten Arbeitsklimas.
Motivation der Mitarbeiter.
Benennung und Begründung der nötigen technischen Gerätschaften.
Einteilung der Zuständigkeiten im Oberarztbereich.
Einteilung der Assistenten für die einzelnen Stationen.
Festlegung der ärztlichen Versorgung im Schichtdienst der Intensivstation (4 Assistenten der Med. Klinik I, 2 Assistenten der Med. Klinik II)
Überwachung und Korrektur von Diagnostik und Therapie aller stationären und ambulanten Patienten.
Die Auswahl bestimmter Medikamente in Zusammenarbeit mit dem Apotheker.
Verhandlung mit der Verwaltung.
Außendarstellung der Klinik.
Persönliche Behandlung der Privatpatienten.

ZUSTÄNDIGKEITEN DER OBERÄRZTE

Herr Dr. Kreß ist der ständige Vertreter des Chefarztes. Er ist verantwortlich für die Organisation des Herzkathetermessplatzes und die ausreichende Vorhaltung von Kathetern, Ballons und Stents.

Frau Dr. Sitt ist verantwortlich für die Lungenfunktion, Bronchoskopie und Spiroergometrie.

Herr Halfenberg trägt Verantwortung für die Elektrophysiologie und führt die Untersuchungen einschließlich Ablation und Modulation des Leitungssystems durch. Ihm ist ferner die kardiale Resynchronisationstherapie (CRT) zugeordnet.

Herr Dr. Helfen ist verantwortlich für die Schrittmachertherapie, ihm obliegt dazu die Ausbildung der Studenten im Rahmen unserer Verpflichtung als Lehrkrankenhaus der Universität Münster.

Die Oberärzte sind in jährlichem Wechsel für eine Station und/oder eines Funktionsbereiches zuständig mit der Aufgabe, die Assistenten anzuleiten und zu überwachen.

ZUSTÄNDIGKEITEN DER ASSISTENTEN

Versorgung der stationären Patienten auf den Stationen.
Anwendung der nicht invasiven Diagnostik für die Patienten der Med. Klinik I.
Rechtzeitige Erstellung der abschließenden Arztbriefe.
Die Assistentinnen und Assistenten wechseln in halbjährlichem Rhythmus die Stationen und die Intensivstation.

3.3. PERSONAL

3.3.1. STELLENPLAN & QUALIFIKATIONEN

Der Stellenplan am 31.12.05 sieht wie folgt aus:
Chefarzt
Prof. Dr. B. Niehues
Internist
Kardiologe
Intensivmedizin

Von der Ärztekammer Westfalen-Lippe bestellter Prüfer für Innere Medizin, Kardiologie, Intensivmedizin sowie Sachverständiger für Kardiologie und Intensivmedizin.

OBERÄRZTIN/OBERÄRZTE

Dr. J. Kreß
Internist
Kardiologe
internistische Intensivmedizin
Frau Dr. R. Sitt
Internistin
internistische Intensivmedizin
R. Halfenberg
Internist
Kardiologe
Dr. A. Helfen
Internist
Kardiologe

ASSISTENTINNEN/ASSISTENTEN

Dr. J. Arends
Internist
Frau Dr. S. Ebbert
Internistin
Herr G. Klein
Internist
G. Asbeck
Arzt
I. Djavadi
Arzt
S. Giepen
Arzt
P. Göbert
Ärztin
Dr. M. Peisert
Ärztin
U. Rager
Ärztin
Ch. Starke
Ärztin
I. Wist
Ärztin

8 von 17 Ärzten sind Fachärzte für Innere Medizin, dies entspricht einer Quote von 47 %. Eine Ärztin (Frau Dr. M. Peisert) ist halbtags beschäftigt.

3.3.2 WEITERBILDUNGSERMÄCHTIGUNG

Die Chefärzte der Medizinischen Kliniken I und II haben zusammen die volle Weiterbildungsermächtigung zum Internisten. Der Chefarzt der Med. Klinik I besitzt die volle Ermächtigung zur Weiterbildung für Kardiologie und Intensivmedizin.

3.3.3 TRAINEEPROGRAMME, PRAKTIKA UND HOSPITATIONEN

Die kontinuierliche Weiterbildung aller Ärzte wird gefördert. Je nach ärztlicher Besetzung, die durch anfallende Urlaube variabel ist, sollen sich Ärztinnen und Ärzte auf Kongressen und Fortbildungsveranstaltungen weiterbilden. Der Einsatz für den Schichtdienst der Intensivstation wird durch ein einwöchiges Seminar vor Antritt dieser Stage gefördert.
Hospitationen in anderen Häusern zum Austausch von Erfahrungen, z.B. in der Elektrophysiologie, werden regelmäßig von Oberarzt R. Halfenberg wahrgenommen. Intern werden zusammen mit der Med. Klinik I und II, Neurologie und Geriatrie Fortbildungsveranstaltungen in 14-tägigem Abstand durchgeführt, in denen statt der regelmäßigen Morgenbesprechung interessante Fälle, neue diagnostische und therapeutische Verfahren oder Übersichten zu bewährten ärztlichen Maßnahmen diskutiert werden. Die interne Fortbildung dient dem Ziel, die Perspektive der einzelnen Fachabteilungen zu erweitern und den Patienten nicht als Fall, sondern als Menschen in seiner Gesamtheit zu behandeln.
Die niedergelassenen Ärzte informieren wir im Rahmen des Koronardialoges über aktuelle Themen, die von namhaften Vertretern vorgetragen und zur Diskussion gestellt werden. Hier nehmen wir gerne die Hilfe der pharmazeutischen Industrie in Anspruch.

3.3.4 LEHRE, FORSCHUNG & ENTWICKLUNG

Als Mitglied der medizinischen Fakultät der Universität Köln hat der Chefarzt der Med. Klinik I Vorlesungsverpflichtungen. Diese werden wahrgenommen durch zweimal im Jahr stattfindende Blockkurse im nicht operativen und operativen Stoffgebiet. Diese Kurse sind auf vier Tage begrenzt, die Studenten kommen gerne, da wir ein breites Spektrum an Erkrankungen zeigen können und der Unterricht in kleinen Gruppen erfolgt. Im Rahmen unserer Verpflichtungen als Lehrkrankenhaus der Universität Münster sind wir daher für die Studenten gut vorbereitet.

Wir beteiligen uns an den folgenden Studien:
Modula-Studie, Biopace, X-Change Medtronic, Minerva Trial, IRIS-Studie, Cypher-Register

3.4 LEISTUNGSSPEKTRUM, SCHWERPUNKTE & SERVICEANGEBOTE

Die Med. Klinik I versteht sich als kardiologisches Zentrum. Die Leistungen der Kardiologie sind in der Tabelle 1 bis 3 zusammengefasst. Es wurden an einem Kathetermessplatz 2096 Untersuchungen durchgeführt, dabei 275 Untersuchungen von dem mit uns kooperierenden St. Christophorus-Krankenhaus in Werne und 312 Untersuchungen von der Praxis Dr. Schütz/Dr. Erdmann, die ihre Räume in unserem Haus gemietet haben. Es wurden 611 PTCA's durchgeführt, davon 552 mit einem Stent versorgt. Dies entspricht einem Stent-Quotienten von 90 %. In 163 ausgewählten Fällen wurden beschichtete Stents verwandt.
Erwähnenswert ist die Tatsache, dass in der Med. Klinik I 415 Infarkt-Patientinnen/Patienten behandelt wurden, von denen 345 invasiv abgeklärt und davon 264 interventionell (PTCA und Stentimplantation) behandelt wurden.
Diese relativ große Zahl erklärt sich dadurch, dass mit den umliegenden Krankenhäusern (Klinik am Park Brambauer, St. Christophorus-Krankenhaus Werne, Hellmig-Krankenhaus Kamen und Krankenhaus Waltrop) vereinbart wurde, akute Koronarsyndrome möglichst ohne Zeitverzögerung in das St.-Marien-Hospital zu fahren, wodurch ein 24-Stunden-Service an 7 Tagen pro Woche die sofortige invasive Diagnostik und Therapie einsetzen kann.
Bei Hauptstammstenosen, schweren 3-Gefäßerkrankungen oder sonstigen interventionell nicht zugänglichen Befunden werden die Patienten von uns zur Operation in das Klinikum Dortmund, St. Johannes-Hospital Dortmund, in die Universitätsklinik Münster und auch in die Herzchirurgie nach Bad Oeynhausen verlegt.

Die Zahlen für die Schrittmacher-Therapie blieben in den letzten Jahren relativ konstant. Die Durchführung erfolgt von den Kollegen der Chirurgischen Klinik I und wird unterstützt von einem kardiologischen Kollegen.
Auch die Häufigkeit der intrakardialen automatischen Defibrillatoren hat sich nicht geändert, hier sind budgetbedingte Zurückhaltungen erforderlich. Das gleiche gilt für die biventrikulären Schrittmacher, die durch eine Re-Synchronisation des Herzens die Pumpleistung des Herzens verbessert und die Leistungsfähigkeit der Patienten mit Herzschwäche erhöht.
Die Elektrophysiologie hat sich zu einem anerkannten Schwerpunkt in unserem Einzugsbereich entwickelt. 142 Patienten wurden elektrophysiologisch untersucht, eine aufwändige Prozedur, die bis zu 4 Stunden dauern kann. Dabei wurden 78 Ablationen (Ausschaltung von Erregungsleitungen des Herzens) durchgeführt mit dem Erfolg, dass eine regelmäßige rhythmische Schlagfolge des Herzens wieder hergestellt ist.
Eine wichtige Untersuchung in der Kardiologie ist die Echokardiographie. Im Jahre 2005 wurden 3170 Untersuchungen durchgeführt, davon 118 als transoesophageale Untersuchung, bei denen die Echosonde in die Speiseröhre eingeführt wird und so eine klarere Abbildung des Herzens möglich ist. Intrakardiale Thromben oder auch bakterielle Besiedlungen an den Klappen können dadurch einwandfrei sichtbar gemacht werden.

Die Diagnostik und Therapie von Lungenerkrankungen ist eine weitere Aufgabe der Med. Klinik I. Zur Diagnose der Lungenerkrankung stehen uns die Bodyplethysmographie, die Bronchoskopie sowie die Spiroergometrie zur Verfügung. Die Diagnose und Therapie von Lungentumoren ist Aufgabee der Med. Klinik I, die Chemotherapie wird in enger Kooperation mit der im Hause ansässigen onkologischen Praxis Dr. Grothaus-Pinke durchgeführt.

Im Rahmen unserer angiologischen Tätigkeit halten wir apparativ Doppler- und Duplex-Sonographie der zentralen und peripheren Gefäße vor. Bei schlecht palpablen Pulsen ist vor eine invasiven Untersuchung die Durchgängigkeit der Beckengefäße zu prüfen. Ebenso ist in einigen Fällen bei erschwerter Punktion auch nach der invasiven Untersuchung eine genaue Darstellung des Punktionsgefäßes gefordert.

Patienten mir Nierenerkrankungen werden in der Med. Klinik I diagnostisch und therapeutisch in Zusammenarbeit mit den niedergelassenen Nephrologen betreut. Es werden jedoch nur die Akut-Dialysen in unserem Haus durchgeführt, die Patienten bei fortbestehender Dialysepflicht werden in die ambulante Dialyse weitergegeben.

AUFSTELLUNG DER HÄUFIGSTEN DRG FÜR DIE ABTEILUNG

Schlüssel	Bezeichnung	Fälle
F49	Invasive kardiologische Diagnostik außer bei akutem Myokardinfarkt	663
F71	Nicht schwere kardiale Arrhythmie und Erregungsleitungsstörungen	248
F67	Hypertonie	239
F62	Herzinsuffizienz und Schock	227
E71	Neubildungen der Atmungsorgane	216
E65	Chronischobstruktive Atemwegserkrankung	205
F52	Perkutane Koronarangioplastie mit komplexer Diagnose	180
F57	Perkutane Koronarangioplastie mit komplexer Intervention	179
F66	Koronararteriosklerose	173
F73	Synkope und Kollaps	142
E77	Andere Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane	132
F24	Implantation eines Herzschrittmachers, Zweikammersystem oder perkutane Koronarangioplastie mit komplexer Diagnose und hochkomplexer Intervention	124
E69	Bronchitis und Asthma bronchiale	89
I68	Nicht operativ behandelte Erkrankungen und Verletzungen im Wirbelsäulenbereich, Alter > 55 Jahre oder äußerst schwere oder schwere CC, mit komplexer Diagnose	78
F56	Perkutane Koronarangioplastie mit hochkomplexer Intervention	76
F26	Andere ablative Maßnahmen bei Tachyarrhythmie oder Wechsel eines Herzschrittmachers, Mehrkammersystem	67
X62	Vergiftungen / Toxische Wirkungen von Drogen, Medikamenten und anderen Substanzen	66
F42	Invasive kardiologische Diagnostik bei akutem Myokardinfarkt ohne äußerst schwere CC	54
F74	Thoraxschmerz	50
F60	Akuter Myokardinfarkt ohne invasive kardiologische Diagnostik	45
F46	Invasive kardiologische Diagnostik außer bei akutem Myokardinfarkt, mehr als 2 Belegungstage, mit komplexer Diagnose	44
F01	Neuimplantation Kardioverter / Defibrillator (AICD), komplettes System	40
F72	Instabile Angina pectoris	38
F63	Venenthrombose	37
F69	Herzklappenerkrankungen	37
E67	Beschwerden und Symptome der Atmung	32
E61	Lungenembolie	29
F70	Schwere Arrhythmie und Herzstillstand	29
K62	Verschiedene Stoffwechselerkrankungen	26
V60	Alkoholintoxikation und entzug	26
Gesamt		**3.591**

AUFSTELLUNG DER HÄUFIGSTEN HAUPTDIAGNOSEN (ICD) FÜR DIE ABTEILUNG

Schlüssel	Bezeichnung	Fälle
I20	Angina pectoris	641
I21	Akuter Myokardinfarkt	384
I50	Herzinsuffizienz	267
I25	Chronische ischämische Herzkrankheit	259
I48	Vorhofflattern und Vorhofflimmern	250
I10	Essentielle (primäre) Hypertonie	244
C34	Bösartige Neubildung der Bronchien und der Lunge	210
J44	Sonstige chronische obstruktive Lungenkrankheit	192
R55	Synkope und Kollaps	116
I11	Hypertensive Herzkrankheit	115
I47	Paroxysmale Tachykardie	111
R07	Hals- und Brustschmerzen	80
M54	Rückenschmerzen	79
I49	Sonstige kardiale Arrhythmien	78
J18	Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet	71
I35	Nichtrheumatische Aortenklappenkrankheiten	56
J20	Akute Bronchitis	45
I44	Atrioventrikulärer Block und Linksschenkelblock	38
I42	Kardiomyopathie	36
I80	Thrombose, Phlebitis und Thrombophlebitis	35
J15	Pneumonie durch Bakterien, anderenorts nicht klassifiziert	34
I95	Hypotonie	31
I26	Lungenembolie	30
Z45	Anpassung und Handhabung eines implantierten medizinischen Gerätes	29
F10	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol	27
J40	Bronchitis, nicht als akut oder chronisch bezeichnet	27
R06	Störungen der Atmung	24
J43	Emphysem	23
I63	Hirninfarkt	20
K29	Gastritis und Duodenitis	20
Gesamt		**3.572**

AUFSTELLUNG DER HÄUFIGSTEN OPERATIONEN BZW. EINGRIFFE (OPS) FÜR DIE ABTEILUNG

Schlüssel	Bezeichnung	Fälle
1-275	Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung	1552
8-837	Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen	930
1-710	Ganzkörperplethysmographie	337
1-279	Andere diagnostische Katheteruntersuchung an Herz und Gefäßen	305
1-620	Diagnostische Tracheobronchoskopie	262
5-399	Andere Operationen an Blutgefäßen	205
8-980	Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur)	181
5-377	Implantation eines Herzschrittmachers und Defibrillators	138
8-831	Legen, Wechsel und Entfernung eines Katheters in zentralvenöse Gefäße	130
1-265	Elektrophysiologische Untersuchung des Herzens, kathetergestützt	106
1-843	Diagnostische Aspiration aus dem Bronchus	102
8-543	Mittelgradig komplexe und intensive Blockchemotherapie	96
3-052	Transösophageale Echokardiographie [TEE]	75
8-640	Externe elektrische Defibrillation (Kardioversion) des Herzrhythmus	74
1-430	Endoskopische Biopsie an respiratorischen Organen	73
8-835	Ablative Maßnahmen bei Tachyarrhythmie	65
5-378	Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators	52
1-273	Rechtsherz-Katheteruntersuchung	50
8-771	Kardiale Reanimation	44
1-711	Bestimmung der CO-Diffusionskapazität	36
8-173	Therapeutische Spülung (Lavage) der Lunge	35
1-272	Kombinierte Links- und Rechtsherz-Katheteruntersuchung	34
1-712	Spiroergometrie	31
8-839	Andere therapeutische Katheterisierung und Kanüleneinlage in Herz und Blutgefäße	26
1-266	Elektrophysiologische Untersuchung des Herzens, nicht kathetergestützt	24
8-642	Temporäre interne elektrische Stimulation des Herzrhythmus	24
8-542	Nicht komplexe Chemotherapie	19
8-144	Therapeutische Drainage der Pleurahöhle (z. B. Bülaudrainage)	18
1-844	Diagnostische perkutane Punktion der Pleurahöhle	12
1-432	Perkutane Biopsie an respiratorischen Organen mit Steuerung durch bildgebende Verfahren	10
Gesamt		**5.046**

AUFSTELLUNG DER HÄUFIGSTEN AMBULANTEN OPERATIONEN BZW. EINGRIFFE FÜR DIE ABTEILUNG

Schlüssel	Bezeichnung	Fälle
5120	Herzkatheteruntersuchung mit Koronarang	6
34291	Koronarangiographie	2
Gesamt		**8**

SERVICELEISTUNGEN

Die Med. Klinik bietet an 7 Tagen der Woche eine 24-stündige Katheterbereitschaft an. Akute Koronarsyndrome können daher unmittelbar und ohne vorherige Throm-bolyse der invasiven Diagnostik und Therapie zugeführt werden.

Prozedur	2005	2004
LHK	2096 (1509)	2007 (1460*)
PTCA	611 (545)	518
Stentprozedur	552 (492)	427
Stentprozeduren mit DES	163 (155)	

INVASIVE DIAGNOSTIK UND THERAPIE

Implantiertes Gerät	2005	2004
Einkammer Schrittmacher	30	29
Zweikammer Schrittmacher	73	60
Aggregatwechsel (davon AICD-Wechsel)	21 (10)	14 (4)
AICD Erstimplantation	25	24
Biventrikuläre Schrittmacher (CRT)	23	20

Elektrophysiologie	2005	2004
Untersuchungen	142	122
Ablationen	78	61

3.5 PLANBETTEN

Die Med. Klinik I versorgt 100 Betten. Die durchschnittliche Verweildauer lag bei 7,32 Tagen, es wurden 4673 Patienten stationär versorgt, somit resultiert eine durchschnittliche Belegung von 93,75 %. Auch hier muss betont werden, dass die Med. Klinik I keine ausschließliche Kardiologie darstellt, sondern auch pneumologisch Kranke behandelt werden, die eine höhere Verweildauer beanspruchen.

4. TECHNISCHE AUSSTATTUNG

- Linksherzkathetermessplatz
- Echokardiographie einschl. TEE
- Duplex-Doppler
- EKG
- Belastungs-EKG
- Bandspeicher-EKG
- Langzeit-Blutdruck-Messung
- 12 Telemetrieplätze auf den Stationen der Med. Klinik I
- Ausstattung für die elektrophysiologische Untersuchung
- Bodyplethysmographie
- Spiroergometrie

Jede Station ist mit einer EDV ausgestattet, um Daten aus laufenden oder vorausgegangenen Krankenhausaufenthalten abzurufen.
Zwei Internetzugänge sichern für die Ärzte den Einblick in wichtige Publikationen.
Folgende Wochen- oder Monatsliteratur liegt für alle Ärzte der Med. Klinik I erreichbar vor:

- The New England Journal of Medicine
- Circulation
- Chest
- Eurointervention
- Zeitschrift für Kardiologie
- Herz
- Deutsches Ärzteblatt
- Der Internist
- Klinikarzt

Über Funktelefon sind alle Ärzte zu erreichen. Für den Notarzt besteht ein eigenes Handy.

5. QUALITÄTSSICHERUNG
5.1 STRUKTUREN & ORGANISATION

Die Med. Klinik I ist in drei Ebenen strukturiert: Chefarzt – Oberärzte – Assistenten. Die Aufgabe der beiden ersten Ebenen ist bereits beschrieben worden. Die Assistenten erfahren eine strukturierte Ausbildung, indem jeweils halbjährlich die Stationen gewechselt werden. 1 oder 2 Assistenten für 6 Monate sind ausschließlich für die nicht invasive Kardiologie zuständig, dazu gehören die Echokardiographie, Bandspeicher-EKG-Auswertung, Auswertung der Langzeit-Blutdruck-Messungen und Auswertung der Lungenfunktionen.

4 Assistenten sind im Schichtdienst eingeteilt zusammen mit 2 Assistenten aus der Med. Klinik II unseres Hauses. Hierdurch wird ein hohes Maß an Erfahrungen und Fertigkeiten erworben.
Nach abgeschlossener Weiterbildung zum Internisten werden zur Zeit noch 2 Assistenten im Katheterlabor in der invasiven Technik ausgebildet.

5.2 METHODEN & DEFINIERTE VERFAHREN

Die in der Med. Klinik I angewandten Methoden entsprechen den Anforderungen der evidence based medicine. Sowohl invasiv als auch nicht invasiv sind die Methoden standardisiert, wir halten uns an diese vorgegebenen Standards.

5.3 PROZESSE
5.3.1 PATIENTENVERSORGUNG
5.3.1.1. ALLGEMEINE INFORMATIONEN

Wir haben zum Ziel, die Patienten diagnostisch und therapeutisch optimal zu versorgen. Maßgeblich für die optimale Versorgung ist die evidence based medicine. Patientenzufriedenheit ist unser Ziel, wir müssen aber häufig erfahren, dass optimale medizinische Versorgung nicht mehr mit der Patientenzufriedenheit übereinstimmt. Es erfordert viel Zeit von Ärzten und Pflegepersonal, objektivierbare Besserung in Befunden eines Patienten ihm auch begreiflich zu machen. Nicht selten ist die Patientenzufriedenheit ein Spiel der Befindlichkeit der Angehörigen, zu denen wir nicht immer Zugang haben.
Die Patienten werden täglich vom Stationsarzt, je einmal pro Woche vom zuständigen Oberarzt und vom Chefarzt visitiert.
In der Frühbesprechung werden die am Vortag aufgenommenen Patienten vorgestellt, komplizierte Krankheitsverläufe zur Diskussion gestellt und therapeutische Maßnahmen erörtert.

5.3.1.2. PROJEKTE IN 2005

Kein Beitrag für das Berichtsjahr.

5.3.2 MITARBEITER
5.3.2.1. ALLGEMEINE INFORMATIONEN

Die richtige Auswahl der Mitarbeiter ist die wichtigste Voraussetzung für die gute Arbeit in der Klinik. Die Integration erfolgt über die schon erwähnte gemeinsame Besprechung. Es wird Wert darauf gelegt, dass bei Stationswechsel jeweils andere Ärzte zusammenarbeiten.
Neue Mitarbeiter werden mit einem erfahrenen Arzt auf der Station zusammengebracht, der die neuen einführt und zusammen mit dem Oberarzt diese anleitet.
Die Kurse für den Notarzt und die Röntgen-Verordnung werden finanziell von der Verwaltung getragen.
Die Teilnahme an Kongressen wird je nach Thema und Nützlichkeit für die Klinik großzügig gewährt.

Achtmal pro Jahr werden in einer Arbeitsgruppe, bestehend aus den Chefärzten der Med. Klinik I und II, den Oberärzten, leitenden Schwestern bzw. Pflegern der Stationen, Funktionen und Intensivstation, anfallende Probleme (z.B. Prozessverbesserungen, Patientenklagen, Mitarbeiterbeschwerden) aktuell angesprochen und in der Diskussion einer Lösung zugeführt. Diese Treffen werden protokolliert.

5.3.2.2. PROJEKTE IN 2005

Kein Beitrag für das Berichtsjahr.

5.3.3 SICHERHEIT UND UMWELT

5.3.3.1 ALLGEMEINE INFORMATIONEN

Die von der Technischen Abteilung und vom Gesetz vorgegebenen Sicherheitshinweise werden umgesetzt, der Sicherheitsbeauftragte überwacht die Umsetzung. Im Linksherzkatheterlabor z.B. sind alle im Strahlenbereich Tätigen gehalten, neben den Schutzanzügen die Messgeräte zu tragen, die monatlich bewertet werden. Eine überhöhte Röntgen-Belastung ist bisher bei keinem Mitarbeiter festgestellt worden. Zum Schutze der Patienten werden die Durchleuchtungszeiten möglichst kurz gehalten. Einmalmaterial verhindert die Übertragung von Bakterien und Viren.

5.3.3.2. PROJEKTE IN 2005

Kein Beitrag für das Berichtsjahr.

5.3.4 DATENSCHUTZ UND DATENSICHERHEIT

5.3.4.1. ALLGEMEINE INFORMATIONEN

Jährliche Hinweise auf den Datenschutz sind Pflicht. Auskunft über Patienten werden nur an die den Patienten bekannten engen Angehörigen erteilt. Telefonische Auskünfte an Angehörige, die dem Arzt persönlich nicht bekannt sind, sind untersagt.

5.3.4.2. PROJEKTE IN 2005

Kein Beitrag für das Berichtsjahr.

5.3.5 ORGANISATION, FÜHREN UND LEITEN

5.3.5.1. ALLGEMEINE INFORMATIONEN

Die Grundsätze der Organisation, der Führung und der Leitung sind bereits mehrfach skizziert und werden nicht wiederholt.

5.3.5.2. PROJEKTE IN 2005

Kein Beitrag für das Berichtsjahr.

5.3.6 EXTERNE BEZIEHUNG UND NETZWERKE

5.3.6.1. ALLGEMEINE INFORMATIONEN

Das St.-Marien-Hospital ist im weiten Umkreis das einzige Haus, das über einen 24-stündigen Service im Linksherzkathetermessplatz verfügt. Mit den umliegenden Krankenhäusern (s.o.) sind Vereinbarungen über Behandlung von Herzinfarkten dahingehend fixiert, dass diese Patienten in unserem Haus interventionell behandelt und nach der von der DRG vorgeschriebenen unteren Verweildauer in das zuständige Krankenhaus zurückverlegt werden. Es wird angestrebt, im Rahmen der integrierten Versorgung dieses Vorgehen besser zu strukturieren und den Umkreis für unser Haus zu vergrößern.

5.3.6.2. PROJEKTE IN 2005

Kein Beitrag für das Berichtsjahr.

5.3.7 EXTERNE QUALITÄTSSICHERUNG, VERGLEICHE, BENCHMARKING

5.3.7.1. ALLGEMEINE INFORMATIONEN

Die externe Qualitätssicherung erfolgt über den Computer. So wird z.B. im Linksherzkathetermessplatz jede Untersuchung in eine Maske eingegeben und der Bundesqualitätsstelle zugänglich gemacht. Bei Abweichungen erhalten wir eine Nachricht mit der Forderung nach Maßnahmen, mit denen diese Abweichungen zurückgefahren werden können.

5.3.7.2. PROJEKTE IN 2005

Kein Beitrag für das Berichtsjahr.

5.3.8 CONTROLLING, INVESTITIONS- UND FINANZMANAGEMENT

5.3.8.1. ALLGEMEINE INFORMATIONEN

Tägliche Belegungsdaten werden vorgelegt. Monatlich werden von der Verwaltung die Zahlen über Erlöse, Fallzahlen, Verweildauer und CMI zur Verfügung gestellt, mit dem Verwaltungsdirektor werden ebenfalls monatlich diese Zahlen besprochen, neue Ziele festgesetzt und Maßnahmen zur Kostenreduktion diskutiert.

5.3.8.2. PROJEKTE IN 2005

Kein Beitrag für das Berichtsjahr.

5.3.9 EINKAUFSMANAGEMENT UND LOGISTIK

5.3.9.1. ALLGEMEINE INFORMATIONEN

Die Med. Klinik I ist der AGKAMED angeschlossen. Die erforderlichen diagnostischen und therapeutischen Geräte werden über diese Organisation bezogen.

5.3.9.2. PROJEKTE IN 2005

Kein Beitrag für das Berichtsjahr.

7. SCHLÜSSELERGEBNISSE

Der Markt für die Kardiologie und insbesondere der Linksherzkathetermessplätze nähert sich einer Übersättigung. Jede Klinik ist bestrebt, ihre Zahlen am Linksherzkathetermessplatz zu steigern, dies ist aber bei der jetzigen Marktlage kaum möglich. Es ist schon ein Verdienst, die Zahlen und die Ausnutzung auf hohem Niveau zu halten.
Parallel ist die elektrophysiologische Untersuchung ausgebaut worden, die über unseren Einzugsbereich hinaus bekannt ist und akzeptiert wird. Wir können jetzt kompetent die gesamte Kardiologie in unserem Hause abbilden, die Anforderungen für die elektrophysiologische Untersuchung steigen weiter.
Die Einführung des Schichtdienstes auf der Intensivstation hat eine große Lücke in der Versorgung der Patienten jenseits der Kernarbeitszeit geschlossen.
Die Einstellung eines Pneumologen in Oberarztfunktion sollte das Spektrum der Behandlung der Lungenerkrankungen erweitern, trotz eines geeigneten Arztes war das Haus zu diesem Schritt nicht bereit.

8. ZUSAMMENFASSUNG & AUSBLICK

Die Med. Klinik I des St.-Marien-Hospitals hat ihren Platz in der kardiologischen und pneumologischen Diagnostik und Therapie gut behauptet. Trotz höherer Konkurrenz konnten die Zahlen im Linksherzkathetermessplatz und der elektrophysiologischen Untersuchungen gesteigert werden, ohne dass die Indikation für diese Untersuchungen aufgeweicht wurde.
Die Kapazität des Linksherzkathetermessplatzes ist ausgeschöpft, weitere Steigerungen sind nur möglich durch einen zweiten Messplatz.
Eine umfassende Raumplanung, die noch nicht abgeschlossen ist, ist dafür zwingend vorauszusetzen.
Ärzte und Schwestern und Pfleger sind motiviert und stellen sich bereitwillig den Anforderungen, die Patienten optimal zu versorgen und die Patientenzufriedenheit zu erreichen. Die Zufriedenheit ist jedoch nicht messbar, allenfalls erkennbar an den Beschwerden, die selten anlaufen, dann aber ernst genommen werden. Das Erreichen der Patientenzufriedenheit setzt ständige, harte Arbeit voraus.

Per aspera ad astra.

VII-VIII MEDIZINISCHE KLINIK II

1.	Vorwort	284
2.	Verfasser	284
3.	Basisinformationen	284
3.1.	Inhalte, Auftrag & Ziele	284
3.2.	Organisationsstrukturen, Leitung & Zuständigkeiten	285
3.3.	Personal	286
3.3.1.	Stellenplan & Qualifikationen	286
3.3.2.	Weiterbildungsermächtigung(en)	286
3.3.3.	Traineeprogramme, Praktika & Hospitationen	286
3.3.4.	Lehre, Forschung & Entwicklung	287
3.4.	Leistungsspektrum, Schwerpunkte & Serviceangebote	287
3.5.	Planbetten	292
4.	Technische Ausstattung	292
5.	Qualitätssicherung	293
5.1.	Strukturen & Organisation	293
5.2.	Methoden & definierte Verfahren	294
5.3.	Prozesse	294
5.3.1.	Patientenversorgung	294
5.3.2.	Mitarbeiter	296
5.3.3.	Sicherheit & Umwelt	298
5.3.4.	Datenschutz & Datensicherheit	298
5.3.5.	Organisation, Führen & Leiten	300
5.3.6.	Externe Beziehungen & Netzwerke	300
5.3.7.	Externe Qualitätssicherung, Vergleiche & Benchmarking	302
5.3.8.	Controlling, Investitions- & Finanzmanagement	302
5.3.9.	Einkaufsmanagement & Logistik	302
6.	Weitergehende Informationen	303
7.	Schlüsselergebnisse	304
8.	Zusammenfassung & Ausblick	304
9.	Christlichkeit, Ethik & Spiritualität	305

1. VORWORT

Der vorliegende QS-Bericht dient der Darstellung des Leistungsspektrums der Medizinischen Klinik II mit den Schwerpunkten Gastroenterologie, Hämatologie und internistische Onkologie, Infektions- und Stoffwechselerkrankungen. Transparenz und Sicherstellung der Qualität dieser Leistungen auf dem Boden der aktuellen Gesetzgebung werden besonders berücksichtigt. Eine kontinuierliche Fortschreibung des Qualitätsberichtes unter Überprüfung der gesetzten Ziele in den kommenden Jahren ist erforderlich. Sie wird die interne und externe Transparenz fördern. Der Qualitätsbericht versteht sich als Instrument der eigenen Qualitätssicherung.

2. VERFASSER

Dr. med. Berthold Lenfers
Chefarzt

Die Zusammenstellung der Daten erfolgte mit Unterstützung der Abteilung Controlling des Hauses, mein besonderer Dank gilt Frau Broß und Herrn Balmann.

3. BASISINFORMATIONEN
3.1. INHALTE, AUFTRAG & ZIELE

In den Medizinischen Kliniken I und II werden Patientinnen und Patienten mit Krankheiten aus dem gesamten Spektrum der Inneren Medizin behandelt. Schwerpunkte der Medizinischen Klinik 2 ist die Diagnostik und Therapie von

- Krankheiten des Verdauungsorgane,
- bösartigen Erkrankungen der Körperorgane, auch des blutbildenden und des lymphatischen Systems,
- Stoffwechselkrankheiten, insbesondere des Diabetes mellitus,
- Infektionskrankheiten.

Die Klinik ist als gastroenterologische Schwerpunktabteilung und mit der Infektionsstation fest in den Bettenbedarfsplan des Landes NRW integriert.

Die Ziele sind:

- Qualitätsüberprüfte Behandlung der Patienten nach den jeweiligen Leitlinien der Fachgesellschaften
- Patientenfreundliche Atmosphäre
- Enge Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen „Professionen“, d.h. zwischen ärztlichem Dienst, Pflegepersonal, Physiotherapie und anderen im Sinne einer multiprofessionellen Versorgung der Patientinnen und Patienten

- Enge Zusammenarbeit mit den weiteren Fachabteilungen im Hause unter der Maßgabe einer problem- und patientenorientierten fachübergreifenden Versorgung
- Enge Zusammenarbeit mit den niedergelassenen Ärzten der Region
- Effiziente Verwendung der zur Verfügung stehenden Ressourcen

Die kontinuierliche und regelmäßige Ausbildung von Fachärzten für Innere Medizin, für Allgemeinmedizin und in den vertretenen Schwerpunkten, sowie von Studenten und die Vermittlung einer Medizin im Spannungsfeld zwischen Qualität, Ökonomie und Effizienz sind weitere Ziele der Abteilung.

3.2. ORGANISATIONSSTRUKTUREN, LEITUNG & ZUSTÄNDIGKEITEN

Die Klinik wird durch einen Chefarzt geleitet, dem eine sehr erfahrene Oberärztin und ein sehr erfahrener Oberarzt, dazu 13 Assistenzärztinnen und -ärzte zur Seite stehen. Hierbei übernimmt der Chefarzt die medizinische Gesamtverantwortung für die Abteilung, deren Kontrolle durch regelmäßige Besprechungen und klinische Visiten auf allen Stationen der Klinik wahrgenommen wird. Der Chefarzt ist darüber hinaus für die strategische Ausrichtung der Klinik, insbesondere die Weiterentwicklung des medizinischen Spektrums, die Integration neuer medizinischer Verfahren und die Ausgestaltung strategischer Partnerschaften verantwortlich. Die Oberärzte sind verantwortlich für jeweils zwei Stationsbereiche und für je einen Bereich der gastroenterologischen Diagnostik und Therapie. (s. Organigramm Med. II – 1). Die gastroenterologische Funktionsdiagnostik wird je nach Fähigkeiten von den jeweiligen Stationsärzten mit Unterstützung der Oberärzte selbstständig durchgeführt.
Die beiden medizinischen Kliniken führen gemeinsame Früh- und Röntgenbesprechungen durch. Ebenso wird der internistische Bereitschaftsdienst des Hauses von beiden Kliniken gemeinsam fachübergreifend versehen. Es existiert eine fachübergreifende Notaufnahme der konservativen Fächer, in der die Patientinnen und Patienten fachspezifisch versorgt werden. Der bodengebundene Rettungsdienst der Stadt Lünen wird von den Ärztinnen und Ärzten der beiden medizinischen Kliniken geleistet. Über die klinische Tätigkeit hinaus finden 14-tägig Fortbildungsveranstaltungen aller konservativ am Klinikum tätigen Fachabteilungen gemeinsam mit der Klinikapotheke statt.

3.3. PERSONAL

3.3.1. STELLENPLAN & QUALIFIKATIONEN

Für die Medizinische Klinik II besteht folgender Stellenschlüssel: 1 – 2 – 12,5
Die IST-Besetzung stellt sich folgendermaßen dar: 1 – 2 – 11,5
Ein Chefarzt, Facharzt für Innere Medizin, Schwerpunkt Gastroenterologie, Hygienebeauftragter Arzt, z.Zt. in der Fortbildung zum Zertifikat „onkologische Gastroenterologie“ der DGVS

Zwei Oberärzte, davon

- Eine Oberärztin, Fachärztin für Innere Medizin, Diabetologin DDG
- Ein Oberarzt, Facharzt für Innere Medizin

Zwölf Assistenzärztinnen und -ärzte, davon

- Ein Facharzt für Innere Medizin und Anästhesie
- Eine Fachärztin für Innere Medizin, zu 50% der Arbeitszeit als DRG beauftragte Ärztin im Controlling tätig
- Ein Facharzt für Innere Medizin
- Eine Fachärztin für Allgemeinmedizin
- Eine Ärztin für Betriebsmedizin, Halbtagskraft
- Ein Arzt in der Weiterbildung zum Arzt für Allgemeinmedizin

=> Insgesamt zwei Teilzeitkräfte

Insgesamt vier Ärzte besitzen die Fachkunde Rettungsdienst
Der prozentuale der Fachärzte für Innere Medizin der Vollkräfte beträgt 38%

3.3.2. WEITERBILDUNGSERMÄCHTIGUNG

Die beiden Chefärzte der Medizinischen Kliniken verfügten gemeinsam über die Weiterbildungsermächtigung im Gebiet Innere Medizin für 72 Monate (volle Facharztweiterbildung für Innere Medizin).
Der Chefarzt der Medizinischen Klinik II, Dr. med. B. Lenfers, verfügt über ein Jahr Weiterbildungsermächtigung im Schwerpunkt Gastroenterologie (Erstantrag).
Durch eine Änderung der Weiterbildungsordnung der ÄKWL wird sich die Weiterbildung in Zukunft anders darstellen. Die dreijährige Weiterbildung in „Innerer Medizin und Allgemeinmedizin“ wird ebenso zu garantieren sein wie die In „Innerer Medizin und Schwerpunkt Gastroenterologie“.

3.3.3. TRAINEEPROGRAMME, PRAKTIKA & HOSPITATIONEN

Hospitationen sind jederzeit willkommen.

- Im Jahr 2005 haben zwei Assistenzärzte der Universitätsklinik Rostock in der Sonographie hospitiert.
- Eine Arzthelferin in der Fachweiterbildung Endoskopie hat in der Endoskopieabteilung hospitiert.

3.3.4. LEHRE, FORSCHUNG & ENTWICKLUNG

Seit Ende 2005 ist die Klinik als Akademisches Lehrkrankenhaus der Universität Münster akkreditiert.
Der Chefarzt der Abteilung, Dr. med. B. Lenfers, hat im vergangenen Jahr mehrere Vorträge auf regionalen Fortbildungen und Arzt-Patienten-Seminaren gehalten.
Im Januar hat die erste Fortbildung mit gastroenterologischem Schwerpunkt in Lünen stattgefunden, die in jährlichen Abständen wiederholt wird (gastroenterologisches Forum Lünen). Eine zweite Fortbildung mit infektiologischem Schwerpunkt hat im Herbst stattgefunden. Zielgruppe waren sowohl klinisch tätige wie auch niedergelassene Ärzte.
In 14-tägigen Abständen findet eine gemeinsame Fortbildung der am Haus vertretenen konservativen Fächer statt.
Mehrere Ärztinnen und Ärzte der Medizinischen Klinik II erteilen Unterricht in der Krankenpflegeschule und in der Fachweiterbildung Anästhesie- und Intensivpflege.

Der Chefarzt der Abteilung ist Mitglied des/der:

- Berufsverband Deutscher Internisten (BDI)
- Rheinisch-Westfälischen Gesellschaft für Innere Medizin
- Deutschen Gesellschaft für Verdauungs- und Stoffwechselerkrankungen (DGVS)
- Berufsverband Gastroenterologie Deutschland
- Arbeitsgemeinschaft leitender gastroenterologischer Krankenhausärzte (ALGK)
- Kompetenznetz Hepatitis (HepNet)
- Gastro-Liga
- Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG)
- Deutschen Krebsgesellschaft
- Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin
- Ärzteverein Lünen e.V.
- Medizinisches Qualitätsnetz Lünen

3.4. LEISTUNGSSPEKTRUM, SCHWERPUNKTE & SERVICEANGEBOTE

Die Medizinische Klinik II vertritt die Schwerpunkte
Gastroenterologie (Erkrankungen des Magen-Darmtraktes inkl. Leber, Bauchspeicheldrüse, Gallensystem),
Hämatologie und internistische Onkologie (Krankheiten des blutbildenden und des lymphatischen Systems inkl. deren Tumorerkrankungen und Tumorerkrankungen der inneren Organe)
Infektionskrankheiten und
Stoffwechselerkrankungen, insbesondere Diabetes mellitus.

Patienten mit allen Krankheiten dieses Formenkreises werden umfassend untersucht und behandelt.

Zur speziellen Diagnostik in der *Gastroenterologie* gehören alle endoskopischen Untersuchungen, d.h. Spiegelungen einschließlich spezieller Techniken wie ERCP, Eingriffe an der Papille (Gallengangs- und Bauchspeicheldrüsengangsmündung im Dünndarm), Drainagen/Stentanlage in den Gallenwegen, Pankreasgang und Magen-Darm-Trakt sowie die Endosonographie und (ultraschallgesteuerte) Punktionen. Ergänzend durchgeführt werden die spezielle Färbetechniken der Schleimhaut (Chromo-Endoskopie) sowie verschiedene Verfahren, um endoskopisch Gewebe abzutragen, z.B. Mukosa-Resektion als spezielle Technik der Polypenentfernung.

In der Onkologie werden alle Tumoren mit Ausnahme akuter Leukämien, meist mittels Chemotherapie behandelt. Dieses geschieht in enger Kooperation mit einer onkologischen Schwerpunktpraxis, die seit Oktober 2005 am Hause angesiedelt ist und der Klinik für Strahlentherapie.

Mit einer eigenen Infektionsstation hat das Haus die Möglichkeit Patienten nach individuellen Notwendigleiten zu isolieren.

Der Diabetes mellitus ist die häufigste Stoffwechselkrankheit in Deutschland. Die Klinik ist als Schulungseinrichtung für die Behandlung von Diabetikern nach den Richtlinien der Deutschen Diabetes Gesellschaft anerkannt. Die vielen Diabetiker in den weiteren Kliniken des Hauses werden konsiliarisch mitbetreut.

Im Berichtsjahr wurden 3.317 Patienten stationär behandelt. Bei einer durchschnittlichen Verweildauer von 7,85 Tagen resultieren daraus 29.922 Berechnungstage. Die Belegung betrug im Durchschnitt 84,51%.

Dazu wurden in der Endoskopie 494 Patienten ambulant/vorstationär betreut.

Nach § 115 b SBG V besteht die Ermächtigung zur Durchführung einzelner ambulanter Endoskopien, wie z.B. der Dickdarmspiegelung (Koloskopie) und der Magenspiegelung, wenn diese im Zusammenhang mit andere Eingriffen erfolgt.

AUFSTELLUNG DER HÄUFIGSTEN DRG FÜR DIE ABTEILUNG

Schlüssel	Bezeichnung	Fälle
G60	Bösartige Neubildung der Verdauungsorgane	457
G48	Koloskopie, mehr als 2 Belegungstage, mit äußerst schweren oder schweren CC oder komplizierendem Eingriff	369
G49	Koloskopie und Gastroskopie, weniger als 3 Belegungstage	175
G46	Gastroskopie bei schweren Krankheiten der Verdauungsorgane, mehr als 2 Belegungstage	137
R61	Lymphom und nicht akute Leukämie	118
H41	Therapeutische ERCP	108
G67	Ösophagitis, Gastroenteritis und verschiedene Erkrankungen der Verdauungsorgane	101
H61	Bösartige Neubildung an hepatobiliärem System und Pankreas	101
Q61	Erkrankungen der Erythrozyten	95

Schlüssel	Bezeichnung	Fälle
V62	Störungen durch Alkoholmissbrauch und Alkoholabhängigkeit	89
G55	Gastroskopie bei nicht schweren Krankheiten der Verdauungsorgane, mehr als 2 Belegungstage, ohne äußerst schwere oder schwere CC	88
G50	Gastroskopie bei nicht schweren Krankheiten der Verdauungsorgane, mehr als 2 Belegungstage, mit äußerst schweren oder schweren CC	87
K62	Verschiedene Stoffwechselerkrankungen	84
V60	Alkoholintoxikation und entzug	84
K60	Diabetes mellitus	80
G54	Koloskopie, mehr als 2 Belegungstage, ohne äußerst schwere oder schwere CC, ohne komplizierenden Eingriff	73
H60	Leberzirrhose und alkoholische Hepatitis	44
E71	Neubildungen der Atmungsorgane	43
Z64	Andere Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und Nachbehandlung nach abgeschlossener Behandlung	42
H62	Erkrankungen des Pankreas außer bösartige Neubildung	41
G30	Andere Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane, mehr als ein Belegungstag, ohne äußerst schwere CC	36
G47	Andere Gastroskopie bei schweren Krankheiten der Verdauungsorgane, mehr als 2 Belegungstage, ohne äußerst schwere oder schwere CC	35
R65	Hämatologische und solide Neubildungen, ein Belegungstag	35
H63	Erkrankungen der Leber außer bösartige Neubildung, Leberzirrhose und alkoholischer Hepatitis	31
L63	Infektionen der Harnorgane	29
E77	Andere Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane	26
T64	Andere infektiöse und parasitäre Krankheiten	25
Q60	Erkrankungen des retikuloendothelialen und des Immunsystems	23
R11	Lymphom und Leukämie	23
B70	Apoplexie	19
Gesamt		**2.698**

AUFSTELLUNG DER HÄUFIGSTEN HAUPTDIAGNOSEN (ICD) FÜR DIE ABTEILUNG

Schlüssel	Bezeichnung	Fälle
C18	Bösartige Neubildung des Kolons	259
K29	Gastritis und Duodenitis	226
F10	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol	175
C20	Bösartige Neubildung des Rektums	141
K57	Divertikulose des Darmes	137
C16	Bösartige Neubildung des Magens	121

Schlüssel	Bezeichnung	Fälle
C25	Bösartige Neubildung des Pankreas	97
E11	Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-2-Diabetes]	88
K63	Sonstige Krankheiten des Darmes	77
E86	Volumenmangel	72
A09	Diarrhoe und Gastroenteritis, vermutlich infektiösen Ursprungs	63
K25	Ulcus ventriculi	58
D50	Eisenmangelanämie	57
K52	Sonstige nichtinfektiöse Gastroenteritis und Kolitis	57
K85	Akute Pankreatitis	53
K92	Sonstige Krankheiten des Verdauungssystems	47
C15	Bösartige Neubildung des Ösophagus	45
C34	Bösartige Neubildung der Bronchien und der Lunge	44
C90	Plasmozytom und bösartige Plasmazellen-Neubildungen	43
K70	Alkoholische Leberkrankheit	39
K80	Cholelithiasis	37
R10	Bauch- und Beckenschmerzen	36
Z08	Nachuntersuchung nach Behandlung wegen bösartiger Neubildung	35
K21	Gastroösophageale Refluxkrankheit	34
K51	Colitis ulcerosa	33
K26	Ulcus duodeni	32
D46	Myelodysplastische Syndrome	30
K59	Sonstige funktionelle Darmstörungen	28
C88	Bösartige immunproliferative Krankheiten	27
C83	Diffuses Non-Hodgkin-Lymphom	26
Gesamt		**2.217**

AUFSTELLUNG DER HÄUFIGSTEN OPERATIONEN BZW. EINGRIFFE (OPS) FÜR DIE ABTEILUNG

Schlüssel	Bezeichnung	Fälle
1-632	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie	2.734
1-440	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas	1.666
1-650	Diagnostische Koloskopie	1.448
1-444	Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt	572
8-543	Mittelgradig komplexe und intensive Blockchemotherapie	416
5-513	Endoskopische Operationen an den Gallengängen	304
3-05a	Endosonographie des Retroperitonealraumes	270
8-542	Nicht komplexe Chemotherapie	220
5-452	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes	194

Schlüssel	Bezeichnung	Fälle
1-654	Diagnostische Rektoskopie	140
1-640	Diagnostische retrograde Darstellung der Gallenwege	109
5-431	Gastrostomie	84
1-631	Diagnostische Ösophagogastroskopie	78
1-651	Diagnostische Sigmoideoskopie	73
1-642	Diagnostische retrograde Darstellung der Gallen- und Pankreaswege	71
5-449	Andere Operationen am Magen	65
1-503	Biopsie an Knochen durch Inzision	59
5-429	Andere Operationen am Ösophagus	55
5-469	Andere Operationen am Darm	51
3-056	Endosonographie des Pankreas	49
1-635	Diagnostische Jejunoskopie	38
5-433	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Magens	35
8-153	Therapeutische perkutane Punktion der Bauchhöhle	35
1-424	Biopsie ohne Inzision am Knochenmark	33
8-016	Parenterale Ernährung als medizinische Hauptbehandlung	32
1-653	Diagnostische Proktoskopie	30
1-430	Endoskopische Biopsie an respiratorischen Organen	29
1-641	Diagnostische retrograde Darstellung der Pankreaswege	29
3-055	Endosonographie der Gallenwege	27
1-441	Perkutane (Nadel-)Biopsie an hepatobiliärem System und Pankreas	26
Gesamt		**8.972**

AUFSTELLUNG DER HÄUFIGSTEN AMBULANTEN OPERATIONEN BZW. EINGRIFFE FÜR DIE ABTEILUNG

Schlüssel	Bezeichnung	Fälle
741	Gastroskopie	1
764	Koloskopie, total einschl. Zökum Videog	94
765	Polypektomie/Schlingenbiopsie Zuschlag	56
13421	Koloskopischer Komplex	307
13400	Ösophago-Gastroduodenaler Komplex	3
Gesamt		**461**

Zusätzlich zu den genannten Daten ist darauf hinzuweisen, dass die Ärztinnen und Ärzte der beiden Medizinischen Kliniken im Jahr 2005 2.328 Einsätze im Rettungsdienst absolviert haben.
In der Medizinischen Klinik 2 wird eine Diabetikerschulung durchgeführt.

3.5. PLANBETTEN

Die Anzahl der Planbetten betrug zum Stichtag, dem 31.12.2005 laut Bettenbedarfsplan des Landes 97.

4. TECHNISCHE AUSSTATTUNG

Das Krankenhaus verfügt über ein pacs-System zur radiologischen Bild- und Befunddokumentation und Befundübermittlung. Darüber hinaus besteht ein klinisches Informationssystem (KIS, Cymed). Alle Stationen sind im Bereich der Pflege im Stationsdienstzimmer mit einem Computer-Arbeitsplatz und im Arztdienstzimmer je nach Anzahl der Stationsärzte mit mehreren Computer-Arbeitsplätzen ausgestattet. Zur Wartung und Pflege des Systems ist eine eigene EDV-Abteilung vorhanden. Diese pflegt auch ein Intranet, das als Plattform zur klinikweiten Informationsweitergabe eingesetzt wird. Zu den Details des Hausnetzes und des KIS s. bitte EDV-Abteilung.
Im Arbeitszimmer des Chefarztes der Abteilung ist ein Internet-Anschluss außerhalb des KIS installiert. Daneben existiert ein Raum in der Ambulanz, der für Klinikangehörige frei zugänglich ist und ebenfalls einen Internet-Rechner anbietet.
Alle Ärzte werden mit einem Mobiltelefon mit Personen bezogener Rufnummer ausgestattet, wodurch sich eine Personenrufanlage („Pieper“) erübrigt.
Zurzeit werden die Räume der Endoskopie komplett umgebaut. Aus diesem Grund ist die Endoskopie in ehemalige OP-Räume im Keller der Klinik umgezogen. Dort ist mit einem Raum für Gastroskopie, Endosonographie des oberen Gastrointestinaltraktes und Bronchoskopie und mit einem sehr großen Raum für Rektoskopie und Koloskopie ausreichend Platz vorhanden. Die Raumorganisation ist jeweils nicht optimal, jedoch akzeptabel. Ein Problem ist die Entfernung der Räume von den jeweiligen Stationen, die lange Transportzeiten bedeutet. Darüber hinaus gibt es kaum Möglichkeiten, Patienten außerhalb des Untersuchungsraumes warten zu lassen, bzw. nach der Endoskopie zu überwachen. Daraus resultieren manchmal lange Wechselzeiten, da die Patienten praktisch „just in time“ in die Endoskopie kommen müssen.
Der Aufbereitungsraum der Endoskopie genügt auch in diesen provisorischen Zuständen allen hygienischen Erfordernissen, ist jedoch auf Grund seiner geringen Größe ein Nadelöhr für die Geräteaufbereitung.
Eingriffe an den Gallenwegen werden unter radiologischer Kontrolle im sog. B-Raum der Röntgenabteilung durchgeführt, der der Endoskopie nachmittags zur Verfügung gestellt wird. Damit ist eine Standard Aufnahme- und Durchleuchtungsqualität gewährleistet. Durch den engen zeitlichen Rahmen und die große Entfernung dieses Raumes von der Endoskopieabteilung entstehen jedoch erhebliche Schwierigkeiten in der Arbeitsorganisation.

In beiden Endoskopieräumen stehen moderne Systeme mit hochauflösenden Videoendoskopen und -prozessoren z.T. der neuesten Generation (Olympus Exerar Serie) zur Verfügung. Ein weiterer, mobilerer Endoskopieturm wird seit diesem Jahr in der Röntgenabteilung (Eingriffe unter Röntgendurchleuchtung) und für alle Eingriffe auf der Intensivstation bzw. im OP genutzt, so dass hier jetzt auch mit der gleichen hohen Bildqualität untersucht werden kann.
Im Jahr 2005 wurde ein neues high-end Sonographie Gerät angeschafft und damit auch die Endosonographie mit einem elektronischen Linearscanner inkl. Punktionsmöglichkeit (Pentax FG-38UT) eingeführt. Auf dem Sonographiegerät befindet sich ein weiterer Prozessor, mit dem die Mini-Sonden Endosonographie, auch intraduktaler Ultraschall durchgeführt wird. Die überwiegende Anzahl der Sonographien wird mit dem neuen Gerät in räumlicher Nähe zur Endoskopie Abteilung durchgeführt. Auch sonographisch geführte Interventionen werden hier vorgenommen. Das bisher benutzte ältere Gerät steht nun in der Notaufnahme/ Inneren Ambulanz.
Die Abteilung verfügt über zwei Geräte zur mechanischen Spülung via Endoskop-Arbeitskanal (sog. Endo-Washer) und zwei Geräte zur Elektrokoagulation bei endoskopischen Eingriffen (Erbe Erbotom ICC 200) inkl. eines Geräts zur Argon Plasma Koagulation. Jeder Endoskopiearbeitsplatz ist mit einem Gerät zur Pulsoxymetrie ausgestattet, mit dem während der Untersuchung die Sauerstoffversorgung der Patienten überwacht wird.

5. QUALITÄTSSICHERUNG
5.1. STRUKTUREN & ORGANISATION

Die Klinik ist in den üblichen hierarchischen Ebenen eines Krankenhauses in Deutschland mit Chefarzt – Oberärzten – Assistenzärzten organisiert. Grundlegendes Merkmal der Qualitätssicherung ist die Berufserfahrung der in der Klinik tätigen Ärzte, die sich regelmäßig auf regionalen und überregionalen Veranstaltungen fortbilden. Die beiden in der Klinik tätigen Oberärzte verfügen über jeweils mehr als 25 Jahre Berufserfahrung. Ihnen sind Stationen und Verantwortungsbereiche fest zugeordnet.
Supervision nachgeordneter Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter wird intensiv durchgeführt. Sie beginnt mit der Frühbesprechung, erfolgt weiter in den täglichen Besprechungen inkl. der Röntgenbesprechung und in den wöchentlich stattfindenden Visiten des Chefarztes und der Oberärzte.
In der Notaufnahme werden die Patienten in der regulären Arbeitszeit regelhaft von einem Facharzt/einer Fachärztin für Innere Medizin versorgt. Dadurch ist auch in Notfällen eine rasche und qualifizierte Patientenversorgung gewährleistet. Außerdem wird eine zentrale Funktion im Aufnahmemanagement der Klinik versehen.
Als wesentliches neues Merkmal der medizinischen Qualitätssicherung wurde im November 2005 eine interdisziplinäre Tumorkonferenz etabliert. Die Medizinische Klinik II kooperiert hier mit der Chirurgischen Klinik I, der Röntgenabteilung, der Klinik für Strahlentherapie, dem in einer Schwerpunktpraxis am Hause niedergelassenen Onkologen (Dr. Grothaus-Pinke) und der Praxis für Radiologie und

Strahlentherapie Lünen. Die Tumorkonferenz findet wöchentlich statt. In ihr werden die therapeutischen Konzepte vieler der in den entsprechenden Kliniken und Praxen betreuten Patientinnen und Patienten festgelegt.
Eine FÄ für Innere Medizin ist halbtags als DRG beauftrage Ärztin tätig und bildet mit einer entsprechenden Kollegin für die operativen Fächer das Bindeglied zwischen Controlling und Klinik.
Die Leistungszahlen und auch die Kennzahlen des medizinischen Ressourcenverbrauchs werden monatlich dem Chefarzt zur Verfügung gestellt und mit dem Verwaltungsdirektor, bei Bedarf zusammen mit dem Chefapotheker des Krankenhauses besprochen.
Darüber hinaus bestehen regelmäßige Besprechungen einer Arbeitsgruppe im Sinne eines informellen Qualitätszirkels, die aus den Chefärzten der beiden Medizinischen Kliniken und den leitenden Pflegekräften besteht.
Das Formularwesen des Krankenhauses wird in einer Arbeitsgruppe betreut, an der die Oberärztin der Medizinischen Klinik II beteiligt ist.
Im Jahr 2005 wurde mit dem Umbau der Endoskopie und dem Umbau der Inneren und chirurgischen Ambulanz in eine zentrale Notaufnahme begonnen. Viele Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aller Berufsgruppen der Klinik beteiligen sich an der Neuorganisation durch Mitarbeit in verschiedenen Arbeitsgruppen.
Als Maßnahme der externen Qualitätssicherung hat sich die Klinik einer Beurteilung durch Patientinnen und Patienten, organisiert durch den Klinikführer Rhein-Ruhr, (Picker Institut) unterzogen.

5.2. METHODEN & DEFINIERTE VERFAHREN

Die Arbeitsgruppen im Rahmen der Neuorganisation „zentrale Notaufnahme“ werden professionell betreut.
Als Maßnahme der externen Qualitätssicherung hat sich die Klinik einer Beurteilung durch Patientinnen und Patienten, organisiert durch den Klinikführer Rhein-Ruhr, (Picker Institut) unterzogen.

5.3. PROZESSE
5.3.1. PATIENTENVERSORGUNG
5.3.1.1. ALLGEMEINE INFORMATIONEN

In der Medizinischen Klinik 2 werden folgende Verfahren routinemäßig zur Qualitätssicherung in der Patientenversorgung eingesetzt:

- Visiten durch den stationsärztlichen Dienst
- Oberarztvisiten
- Chefarztvisiten
- Frühbesprechungen

5.3.1.2. PROJEKTE IN 2005

5.3.1.2.1 TUMORKONFERENZ

ZIEL

Interdisziplinäre und versorgungsübergreifende Absprache, wie Tumorpatienten mit speziellen Fragestellungen individuell optimal betreut werden können.

VORGEHEN

Wöchentlich Donnertag um 16.00 Uhr Tumorkonferenz mit den o.a. Beteiligten. Vorstellen der Patienten von dem diese hauptsächlich betreuenden Arzt. Diskussion in der Runde.

ERGEBNIS

Erfolgreiche Abstimmung der heute häufig multimodalen Therapiekonzepte. Verknüpfung ambulanter und stationärer Therapiemöglichkeiten nach den jeweils vorhandenen Erfordernissen. Direkte Absprache des Konzeptes mit den Entscheidungsträgern garantiert den Patienten verbindliche Aussagen über das Therapiekonzept.
Wichtiger Nebeneffekt: Transparente Entscheidungsprozesse für jüngere Ärztinnen und Ärzte.
Ein Problem ist die unzureichende Beteiligung nachgeordneter Ärzte der chirurgischen Klinik, da die Konferenz außerhalb der regulären Dienstzeit stattfindet, andererseits aber innerhalb deren Präsenz im operativen Bereich gefordert ist.

MASSNAHME

Fortsetzung des bisherigen Vorgehens.
Überstunden nach Bedarf, die anderweitig ausgeglichen werden müssen.

5.3.1.2.2. REGELUNG DES AUFNAHMEVERFAHRENS

ZIEL

Transparente Aufnahme- und Entlassungsverfahren um Fehlbelegungsrisiken zu vermindern, eine gleichmäßige Auslastung der Klinik zu erreichen und die Patienten schnell einer zielgerichteten Diagnostik und Therapie zuzuführen.

VORGEHEN

Einrichten einer Funktionsstelle „Aufnahmearzt“ aus dem bisherigen Stellenplan. Anmeldeverfahren für die geplante Wiederaufnahme von Patienten zur Chemotherapie seit Anfang 2005. Vergabe sehr früher Aufnahmetermine an die Patienten zur Chemotherapie, damit diese nach der Blutentnahme mit aktuellem Labor schnell auf die Stationen können und dort ihre Chemotherapie erhalten.

ERGEBNIS

Fast durchgehende Besetzung der Aufnahme mit einem Facharzt für Innere Medizin. Dadurch lässt sich eine wachsende Zahl von Patienten insbesondere in der Endoskopie einer ambulanten oder vorstationären Diagnostik und evtl. Therapie zuführen. Bei einer leicht rückläufigen Belegung der Klinik hat sich somit die Zahl ambulant behandelter Patienten steigern lassen. Leider kann der angesprochene Facharzt die Ambulanz nicht kontinuierlich betreuen, da der Personalschlüssel dieses nicht durchgehend zulässt.
Erschwerend hat sich die räumliche Trennung zwischen der Inneren Ambulanz und der Endoskopie herausgestellt, da der Weg für eine Mitbeurteilung durch die Oberärzte doch relativ weit ist.
Das Aufnahmemanagement für geplante Wiederaufnahmen hat im Frühjahr begonnen. Leider halten sich noch nicht alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter an die Vorgaben.

MASSNAHMEN

Automatische Verbesserung der Situation wenn die neue Aufnahme bezogen wird.
Bessere personelle Organisation, Ausschöpfen des Personalplans.
Organisatorische Vorgaben in Form von Leitlinien werden mit der zentralen Aufnahme erstellt.

5.3.2. MITARBEITER

5.3.2.1. ALLGEMEINE INFORMATIONEN

Die folgenden Maßnahmen haben sich in den vergangenen 20 Monaten etabliert:

- Wahl eines Assistentensprechers
- Facharztstandard bei der Stationsbesetzung
- Einarbeitung neuer Mitarbeiter mit früher Rotation über die verschiedenen Stationen
- Direkte Information der Mitarbeiter über verschiedene regionale und überregionale Fortbildungen
- Die Teilnahme an auswärtigen Fortbildungen wird durch eine finanzielle Unterstützung direkt gefördert
- Implementierung neuer Behandlungsverfahren in der Endoskopie mittels persönlicher Betreuung durch den Chefarzt, Multiplikation im „Schneeballverfahren“
- Zielorientierung der Mitarbeiter durch Information über statistische Daten wie Belegung, Verbrauch, Erlössituation der Klinik.

5.3.2.2. PROJEKTE IN 2005

5.3.2.2.1. ENDOSKOPIE WORKSHOP

ZIEL

Fortbildung des ärztlichen und Pflegepersonals in interventionellen Techniken in der Endoskopie. Sicherstellung einer ausreichend fachlich geübten Assistenz in der Endoskopie in Notfallsituationen auch außerhalb der regulären Dienstzeit.

VORGEHEN

Im Jahr 2005 wurde erstmals ein Endotrainer Seminar abgehalten. In diesem Rahmen konnten Anfänger erste Endoskopien am Schweinemagen und -darm üben. Dazu wurden im Team mit Unterstützung einer auswärtigen Fachpflegekraft Techniken der Blutstillung und Polypektomie eingeübt. Dazu wurde insbesondere das im Nachtdienst in der Ambulanz tätige Pflegepersonal eingeladen.

ERGEBNIS

Die Fortbildung wurde vom ärztlichen und auch vom Pflegedienst begeistert angenommen. Schnelleres Problemmanagement in der Endoskopie.

MASSNAHMEN

Fortsetzung des bisherigen Vorgehens, Wiederholung der Veranstaltung in regelmäßigen, zunächst jährlichen Abständen.

INDIKATOR

Weniger Komplikationen, kürzere Untersuchungszeiten.

5.3.2.2.2. URLAUBSPLAN

ZIEL

Bessere Verteilung der personellen Ressourcen über das Jahr.
Bessere Planbarkeit der Urlaube für alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter.

VORGEHEN

Urlaubswünsche sollen beim Assistentensprecher als Moderator angemeldet werden, möglicht Urlaubsplanbesprechung am Jahresbeginn. Dokumentation des Urlaubsplans im Chefarztzimmer und einem frei zugänglich Raum.

ERGEBNIS

Durch unzureichende Absprachen hat der Plan versagt.

MASSNAHMEN

Erneuter Versuch in 2006.

INDIKATOR

Verteilung des Urlaubes der verschiedenen Mitarbeiter über das Jahr.

5.3.3. SICHERHEIT & UMWELT
5.3.3.1. ALLGEMEINE INFORMATIONEN

Die folgenden Maßnahmen haben sich in den letzten Jahren fest etabliert:

- Desinfektion der Endoskope, Überprüfen der Desinfektion mittels validierter Testverfahren durch die Hygienefachkraft der Klinik.
- Erfassung nosokomialer Infektionen über das KIS. Externe Statistik über im Krankenhaus isolierte Keime. Auswertung durch die Hygienefachkraft.

5.3.3.2. PROJEKTE IN 2005
5.3.3.2.1. VERMEHRTER EINSATZ VON EINMALPRODUKTEN IN DER ENDOSKOPIE

ZIEL

Vermeidung eines Infektionsrisikos durch das endoskopische Zusatzinstrumentarium. Weniger Personalbindung bei der Aufbereitung.

VORGEHEN

Hohlkatheter mit einer Länge über einem Meter werden nur als Einmalmaterial angeschafft, da die zentrale Sterilisation hierfür die hygienische Sicherheit nicht garantieren kann.

ERGEBNIS

Höhere Materialkosten, z.T. qualitativ schlechteres Material, jedoch auch Einführung neuer Katheter mit Spezialfunktionen möglich gewesen.

MASSNAHME

Bessere Preisvergleiche, bessere Produktauswahl.

INDIKATOREN

Kosten, Materialverbrauch.

5.3.4. DATENSCHUTZ & DATENSICHERHEIT
5.3.4.1. ALLGEMEINE INFORMATIONEN

Die folgenden Maßnahmen haben sich in den letzten Jahren fest etabliert:

- Die Klinik hat eine eigene EDV-Abteilung, die auch an den Wochenenden einen Bereitschaftsdienst hat.
- Der Zugang zu den Patientendaten in den klinikweiten Informationssystemen erfolgt passwortgeschützt.

5.3.4.2. PROJEKTE IN 2005

5.3.4.2.1. EINSCANNEN AUSWÄRTIGER HISTOLOGIE BEFUNDE, IMPORT IN DAS KIS

ZIEL

Alle für die Arbeit am und für den Patienten notwendigen Informationen müssen unkompliziert, einfach und rasch zur Verfügung stehen. Histologische Befunde werden von verschiedenen Instituten per Fax/Brief übermittelt. Sie müssen auch außerhalb der Papierakte einsehbar sein.

VORGEHEN

Alle Befunde auswärtiger Institute für Pathologie oder Cytologie Befunde der Med. Klinik 2 werden im Chefarztsekretariat eingescannt.

ERGEBNIS

Schnellere Befundübermittlung an alle in die Patientenversorgung eingebundenen Disziplinen (z.B. bei Konsilen, Verlegungen).

MASSNAHMEN

Fortführen des eingeschlagenen Procedere.
Andere Kliniken planen, das Vorgehen zu übernehmen.

5.3.4.2.2. EXTERNES SCHREIBBÜRO

ZIEL

Schnelleres Versenden der diktierten Entlassungsbriefe bei kontinuierlicher Überlastung des zur Abteilung gehörenden Schreibdienstes.

VORGEHEN

Beauftragung eines externen, am Ort ansässigen Schreibbüros nach Bedarf. Geschriebene Briefe werden auf elektronischen Datenträgern in das eigene Schreibbüro gegeben und dann ausgedruckt.

ERGEBNIS

Große Unzufriedenheit in der Abteilung (sowohl des ärztlichen Personals wie auch der eigenen Schreibkräfte), da die Qualität des externen Schreibbüros unzureichend war.

MASSNAHMEN

Im Haus wurden neue Kapazitäten für das Schreibbüro der Medizinischen Klinik 2 rekrutiert. Die Leitung des externen Schreibbüros achtet persönlich stärker auf die Qualität der Briefe.
=> Insbesondere durch die erste Maßnahme deutliche Verbesserung.

INDIKATOR

Anzahl der nicht geschriebenen Briefe. Anzahl der notwendigen Korrekturen.

5.3.5. ORGANISATION, FÜHREN & LEITEN
5.3.5.1. ALLGEMEINE INFORMATIONEN

Zu folgenden Maßnahmen bestehen in der Abteilung organisatorische Regelungen.

- Rationale Klinikführung durch Orientierung an Kennzahlen
- Absprachen über Entscheidungskompetenz des nicht-ärztlichen Personals
- Regelung medizinischer Kompetenzen
- Verantwortungsbereiche der einzelnen ärztlichen Mitarbeiter
- Regelung der medizinischen Dokumentation
- Umsetzung gesetzlicher Anforderungen
- Berücksichtigung der Ergebnisse aus schriftlichen Befragungen
- Einweiser
- Patienten

5.3.5.2. PROJEKTE IN 2005
5.3.5.2.1. INTERDISZIPLINÄRE ZENTRALE AUFNAHME

ZIEL

Zur besseren Patientensteuerung sollen bereits während der Aufnahme mehrere Fachdisziplinen bei der Diagnostik und Therapie der Patienten intensiver zusammenarbeiten,um die Betreuung fachlich besser, schneller und ökonomischer zu gestalten. Redundanzen sollen vermieden werden.

VORGEHEN

Es wurden verschiedenste Arbeitsgruppen erstellt, die die verschiedensten Aspekte der Organisation und Betreuung intensiv und fachübergreifend bearbeiten. Dieses geschieht unter Führung einer externen Beratung.

ERGEBNIS

Kann noch nicht abgelesen werden.

MASSNAHMEN

Fortsetzung des bisherigen Prozedere.

5.3.6. EXTERNE BEZIEHUNGEN & NETZWERKE
5.3.6.1. ALLGEMEINE INFORMATIONEN

Der Chefarzt der Klinik ist Mitglied in der überregionalen Netzwerken HepNet und Gastro-Liga. Der Chefarzt ist Mitglied im „Ärzteverein Lünen“ und im „ärztlichen Qualitätsnetz Lünen und Umgebung“.

Darüber hinaus besteht nach informeller Absprachen eine enge Zusammenarbeit mit verschiedenen Kliniken und Instituten in der Umgebung.
Die Zusammenarbeit mit den Medien wird zentral im Controlling organisiert.

5.3.6.2 PROJEKTE IN 2005

5.3.6.2.1. TUMORKONFERENZ

ZIEL

In Lünen sind verschiedene Kliniken und Praxen an der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit internistischen Tumorerkrankungen beteiligt. Allen Patienten, unabhängig davon, wo und wie der erste Kontakt mit einem der beteiligten Ärzte erfolgt, soll die gleiche qualifizierte Versorgung unter Berücksichtigung auch multimodaler Therapiekonzepte angeboten werden.

VORGEHEN

Wöchentlich donnerstags um 16.00 Uhr Tumorkonferenz mit den o.a. Fachdisziplinen.

ERGEBNIS

In mehreren Fällen strukturierter Übergang von der stationären in die ambulante Versorgung.
In mehreren Fällen Änderung des ursprünglichen Therapiekonzeptes.
Zunahme multimodaler Therapiekonzepte.
Schnellere Patientenversorgung.

MASSNAHMEN

Fortsetzung des bisherigen Prozedere.

5.3.6.2.2. FORTBILDUNG IN KOOPERATION MIT DEN GASTROENTEROLOGEN UND VISZERALCHIRURGEN IN DORTMUND

ZIEL

Gemeinsame Fortbildungen im Versorgungsbereich des onkologischen Schwerpunktes Dortmund zur Standardisierung der Patientenversorgung und um den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte ein überregionales Forum zu schaffen.

VORGEHEN

Zweimaljährlich Fortbildung in Dortmund mit Darstellung eines Schwerpunktthemas durch einen nationalen renommierten Referenten.

ERGEBNIS

Bisher zwei Veranstaltungen mit hoher Beteiligung.

MASSNAHMEN

Fortsetzung des bisherigen Prozedere.

5.3.7. EXTERNE QUALITÄTSSICHERUNG, VERGLEICHE & BENCHMARKING

5.3.7.1. ALLGEMEINE INFORMATIONEN

Es erfolgt ein **interner Vergleich** der Leistungszahlen, der Belegungsstatistik und des Ressourcenverbrauchs mit historischen Daten der Klinik im Sinne einer kontinuierlichen longitudinalen Erhebung.
Es erfolgt ein **externer Vergleich** dieser Daten mit denen anderer Medizinischer Kliniken mit Schwerpunkt Gastroenterologie im Clinotel Verbund.
Damit werden die Bedingungen der externen Qualitätssicherung nach §137 SBG V erfüllt.

5.3.7.2. PROJEKTE IN 2005

Kein Beitrag für das Berichtsjahr.

5.3.8. CONTROLLING, INVESTITIONS- & FINANZMANAGEMENT

5.3.8.1. ALLGEMEINE INFORMATIONEN

Von dem Bereich Controlling werden monatlich Daten zur Belegung vorgelegt, darüber hinaus wird die Kostenstruktur der Abteilung monatlich analysiert. Diese Daten werden mit dem Verwaltungsdirektor, in regelmäßigen Abständen (Klinikkonferenz) auch für das gesamte Krankenhaus besprochen.
Bzgl. der Erfordernisse des Patientenmanagements im klinischen Alltag macht sich die Tätigkeit einer Mitarbeiterin, die als Fachärztin für Innere Medizin und als DRG-beauftragte Ärztin jeweils halbtäglich in der Klinik und im Controlling arbeitet bezahlt.

5.3.8.2. PROJEKTE IN 2005

Kein Beitrag für das Berichtsjahr.

5.3.9. EINKAUFSMANAGEMENT & LOGISTIK

5.3.9.1. ALLGEMEINE INFORMATIONEN

Das Einkaufsmanagement erfolgt in Zusammenarbeit mit den entsprechenden zentralen Abteilungen des Krankenhauses, insbesondere mit der Apotheke. Diese ist wiederum Mitglied der AGKAMED. Die Preisverhandlungen der AGKAMED erfolgen zentral, wobei zuvor jede beteiligte Klinik eine Prognose über das prospektiv benötigte Material aufgefordert wird.
Zu Anfang des Jahres ist plötzlich die hauseigene Sterilisation für mehrere in der Endoskopie eingesetzte Katheter ausgefallen. Eine strukturierte Umstellung auf Einmalprodukte unter finanziellen Aspekten konnte aus Zeitmangel nicht erfolgen und soll im Verlauf des Jahres 2006 geschehen.
Neuanschaffungen werden mit den entsprechenden Abteilungsleitern abgespro-

chen, Investitionen am Ende eines Jahres für das kommende Jahr beim Verwaltungsdirektor beantragt.
Im Jahr 2005 sind keine Investitionen außerhalb der Förderung des Neubaus Endoskopie/zentrale Notaufnahme getätigt worden.

5.3.9.2. PROJEKTE IN 2005

Kein Beitrag für das Berichtsjahr.

6. WEITERGEHENDE INFORMATIONEN

- Es existiert eine Homepage (www.smh-online.de) die offensichtlich gut frequentiert wird.
- Seit Oktober 2005 ist das St.-Marien-Hospital als akademisches Lehrkrankenhaus der Universität Münster akkreditiert. Der erste Student im Praktischen Jahr hat seine Ausbildung in der Medizinischen Klinik 2 begonnen.
- Am Krankenhaus existiert eine Krankenpflegeschule und eine Schule zur Weiterbildung der Pflegenden zur Fachpflegekraft für Intensivpflege und Anaesthesie. Die von der Medizinischen Klinik 2 vertretenen Schwerpunkte werden von Mitarbeitern der Klinik gelehrt.
- Mit dem Chefarztwechsel im Juni 2004 hat sich der Schwerpunkt in der Endoskopie zu einem deutlich höheren Anteil interventioneller Verfahren entwickelt. Diese Entwicklung hat sich mit der Einführung der Endosonographie fortgesetzt. Die daraus resultierende höhere Personalbindung beginnt sich im Stellenplan niederzuschlagen.
- Bauliche und organisatorische Unzulänglichkeiten in der Endoskopie haben sich durch den Umzug in das Provisorium im sog. F-Bau zunächst verstärkt, werden durch Bezug des Neubaus Ende 2006 aber zu lösen sein.

7. SCHLÜSSELERGEBNISSE

- Die Abteilung erfreut sich großer Akzeptanz in der Stadt Lünen und der Umgebung.
- Die Patientenzahlen für das Jahr 2005 haben im stationären Bereich die des Vorjahres fast erreicht, im ambulanten Sektor übertroffen. Damit hat sich der Trend des Vorjahres fortgesetzt.
- Die Verweildauer der Patienten wurde gesenkt, der Schweregrad der Erkrankungen, ablesbar an den DRG-Zahlen (PCCL) stieg an.
- Somit ist die prozentuale Bettenauslastung eine der höchsten im gesamten Krankenhaus geblieben. Es hat keine Einbrüche im Patientenaufkommen gegeben.
- Nach dem Wechsel in der Chefarztposition im Juni 2004 hat sich auch im Jahr 2005 das Leistungsspektrum insbesondere der Endoskopie-Abteilung erweitert.
- Darüber hinaus haben moderne interdisziplinäre und multimodale Therapiekonzepte von Tumorleiden den Einzug in die Klinik gefunden.
- Der technische Standard der Abteilung wurde weiter ausgebaut, ein weiterer Ausbau ist durch den Umbau der Endoskopie mit Fördermitteln des Landes zu erwarten.
- Trotz der mit der Dokumentation verbundenen zusätzlichen Belastungen der ärztlichen Mitarbeiter, wurden auch im Bereich der Funktionsabteilungen, namentlich in der Endoskopie, weitere Steigerungen der Leistungszahlen erreicht.
- Leider hat sich die Ausweitung des Leistungsspektrums und der Einsatz neuer Chemotherapeutika in deutlich höheren Kosten geäußert. Leider ließen sich diese in den Budgetverhandlungen mit den Krankenkassen nur bedingt ausgleichen.

8. ZUSAMMENFASSUNG & AUSBLICK

Die wichtigsten Ergebnisse für das Jahr 2005:

- Sicherung einer hohen Auslastung der Abteilung bei einem dokumentiert höheren Schweregrad der Erkrankungen.
- Leichter Rückgang der Fallzahlen unter DRG-Bedingungen durch Reduktion der Fehlbelegungen.
- Leistungssteigerung in der Endoskopie und Ausbau der Endoskopiebereitschaft im Pflegedienst.
- Einführung interdisziplinärer und multimodaler Therapiekonzepte in die Behandlung maligner Erkrankungen.
- Unzureichende Finanzierung der durch den medizinischen Fortschritt gestiegenen Behandlungskosten durch die Krankenkassen.
- Umorganisation der Betreuung von Tumorpatienten durch Angliederung einer onkologischen Schwerpunktpraxis.

- Akkreditierung des Krankenhauses als Lehrkrankenhaus der Universität Münster.

Die wichtigsten Aufgaben für das Jahr 2006 sehen wir in:

- Sicherung von Auslastung und weiterer Verbesserung der Qualität.
- Bezug der neuen Endoskopie und der interdisziplinären Aufnahme.
- Erarbeiten erster Behandlungspfade.
- Verbesserung der interdisziplinären Zusammenarbeit .
- Ausbau der ambulanten Tätigkeit für endoskopische Leistungen.
- Anpassung des Stellenplans an die gestiegene und weiter steigende Belastung im ärztlichen und Pflegedienst.
- Anpassung des Klinikinformationssystems an die Anforderungen der Benutzer.
- Mobiles Dokumentations- und Klinikinformationssystem zur „bedside" Dokumentation.
- Anschluss aller Klinikrechner an das Internet, Einrichten einer E-Mail-Adresse für alle Mitarbeiter.

9. CHRISTLICHKEIT, ETHIK & SPIRITUALITÄT

Das Handeln der in der Klinik ist geprägt von der Wertschätzung des jeweils anderen und orientiert sich am Leitbild des Krankenhauses.

VII-IX NEUROCHIRURGISCHE KLINIK

1. Vorwort ... 307
2. Verfasser ... 307
3. Basisinformationen ... 307
3.1. Inhalte, Auftrag & Ziele ... 307
3.2. Organisationsstrukturen, Leitung & Zuständigkeiten ... 308
3.3. Personal ... 309
3.3.1. Stellenplan & Qualifikationen ... 309
3.3.2. Weiterbildungsermächtigung(en) ... 311
3.3.3. Traineeprogramme, Praktika & Hospitationen ... 311
3.3.4. Lehre, Forschung & Entwicklung ... 311
3.4. Leistungsspektrum, Schwerpunkte & Serviceangebote ... 312
3.5. Planbetten ... 315
4. Technische Ausstattung ... 315
5. Qualitätssicherung ... 316
5.1. Strukturen & Organisation ... 316
5.2. Methoden & definierte Verfahren ... 316
5.3. Prozesse ... 316
5.3.1. Patientenversorgung ... 316
5.3.2. Mitarbeiter ... 318
5.3.3. Sicherheit & Umwelt ... 320
5.3.4. Datenschutz & Datensicherheit ... 322
5.3.5. Organisation, Führen & Leiten ... 323
5.3.6. Externe Beziehungen & Netzwerke ... 326
5.3.7. Externe Qualitätssicherung, Vergleiche & Benchmarking ... 327
5.3.8. Controlling, Investitions- & Finanzmanagement ... 327
5.3.9. Einkaufsmanagement & Logistik ... 328
6. Weitergehende Informationen ... 328
7. Schlüsselergebnisse ... 328
8. Zusammenfassung & Ausblick ... 329
9. Christlichkeit, Ethik & Spiritualität ... 330

1. VORWORT

Die Neurochirurgische Klinik des St. Marien-Hospitals Lünen ist eine von 14 Abteilungen eines Krankenhauses der Schwerpunktversorgung, die den Bereich des südlichen Münsterlandes, weite Teile Dortmunds und den Kreis Unna mit den daran angrenzenden Kreisen versorgt. Der Einzugsbereich der Neurochirurgischen Klinik umfasst daher etwa 800.000 Einwohner. Alle für die neurochirurgische Versorgung dieser Einwohner erforderlichen diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten, stehen zur Verfügung.

Die Mitarbeiter der Neurochirurgischen Klinik im St. Marien-Hospital sind bestrebt eine hohe, individuell ausgerichtete Qualität der Versorgung der ihnen anvertrauten Patienten anzubieten.

Dieser Bericht ist als Teil einer internen, kritischen Begutachtung, nach außen hin eine Darstellung der Klinik, der angebotenen Qualität und des Leistungsspektrums, und er soll nicht zuletzt dem Ziel dienen, kontinuierlich Verbesserungen auf dem Weg zu einer qualitativ noch hochwertigeren Patientenversorgung aufzuzeigen.

2. VERFASSER

Der Bericht in der hier vorliegenden Form wurde von Herrn Chefarzt Dr. med. R. Harre, Frau R. Weber und Frau Oberärztin Dr. med. Swoboda erarbeitet und verfasst. Für die Erstellung der Statistiken verantwortlich: Frau I. Broß, Med. Controlling.

3. BASISINFORMATIONEN
3.1. INHALTE, AUFTRAG & ZIELE

Unser Auftrag in der Neurochirurgischen Klinik ist die operative und nicht operative Behandlung von Erkrankungen des zentralen Nervensystems mit Rückenmark und peripheren Nerven, darüber hinaus auch der daran beteiligten, umgebenden Strukturen des Schädels, der Wirbelsäule und des Bandapparats mit Bandscheiben und Gelenken.

Der Standard ist hoch und zeitgemäß, es werden pro Jahr etwa 950 Operationen durchgeführt, dabei wird selbstverständlich mikrochirurgischen und minimalinvasiven Prinzipien gefolgt.

Behandelt werden Hirntumoren und Rückenmarkstumoren, Raumforderungen der umgebenden Hüllstrukturen, Blutungen, Gefäßmissbildungen und infektiösbedingte Krankheiten, die einen neurochirurgischen Eingriff erforderlich machen.

Ein weites Feld ist zudem die Behandlung von Schädel-Hirn-Verletzten, Polytraumen, die gemeinsam mit den Nachbardisziplinen der Unfallchirurgie und Abdominalchirurgie versorgt werden, schließlich auch die Wirbelsäulenchirurgischen Eingriffe.

Hier sind es entlastende Eingriffe bei Einengungen des Wirbelkanals, traumatisch, degenerativ oder durch Bandscheibenvorfälle bedingt, wie stabilisierende und aufrichtende Verfahren, wobei alle Abschnitte der Wirbelsäule erfasst werden.

Im Rahmen der peripheren Nerven-Erkrankungen, der sogenannten Engpass-

Syndrome werden dekompressive Maßnahmen durchgeführt. Tumoren, Verletzungen sowie vollständige oder teilweise Zerreißungen von Nerven werden ebenfalls mikrochirurgisch behandelt.
Spezielle Operationsverfahren neben der Mikrochirurgie, wie Endoskopie und Stereotaxie stehen zur Verfügung.
Um der regelmäßigen, gegenseitige Kontrolle von Qualität und Qualitätsmanagement zu entsprechen, finden täglich klinikinterne Konferenzen statt, die, patientenorientiert, das ärztliche Handeln bestimmen. Zudem werden interne und externe Kommunikation dadurch überprüft und sichergestellt. Das Wohl des Patienten steht eindeutig im Mittelpunkt, die sich darum gruppierenden sachlichen und ideellen Strukturen werden dabei individuell genutzt und ausgerichtet.
Die Klinik wird geleitet von Herrn Chefarzt Dr. med. R. Harre.
Neben den vielfältigen Aufgaben und Pflichten im Rahmen der Patientenversorgung, die auf den Stationen, in der Ambulanz, im OP-Saal und in der Notaufnahme erfolgt, wo Krankheitsbilder neurochirurgische Behandlungen aller Schwierigkeitsgrade verlangen und nach sich ziehen, ist Herr Dr. med. Harre in verschiedenen Gremien der mittleren und gehobenen Führungsebene des Hauses tätig.
So begleitet er regelmäßig die täglich wiederkehrenden, klinikinternen Konferenzen, er arbeitet in der Arzneimittel-Kommission mit, ist Mitglied der Hygiene-Kommission, nimmt regelmäßig an den monatlichen Konferenzen der Chefärzte teil.
Da ein umfangreiches und vielschichtiges Patientengut versorgt wird, das eine wohl ausgewogene, wirtschaftlich arbeitende Struktur vor neurochirurgischem Hintergrund erfordert, finden regelmäßige Konferenzen auf der Verwaltungsleiterebene statt, um die wirtschaftlichen Kenndaten mit den medizinischen, strategischen Zielen und den Zielen unserer Qualitätspolitik abzustimmen.
Die Qualitätsziele der Klinik sind eindeutig patientenorientiert, werden durch hohe, neurochirurgische Kompetenz erreicht, wobei eine nur denkbar niedrige Rate an Komplikationen, krankheits- und klinikbedingter Morbidität und Mortalität erreichbar ist.
Engagierte und motivierte Mitarbeiter mit hoher Fachkompetenz können diese Qualitätsziele erreichen.

3.2. ORGANISATIONSSTRUKTUREN, LEITUNG & ZUSTÄNDIGKEITEN

Die ärztliche Leitung der Klinik wird durch drei Oberärzte unterstützt, daneben fünf Assistenzärzte, drei der Assistenzärzte haben Facharztstatus. Die Mitarbeiter der Pflege, der klinikeigenen Normalstation werden von einer Stationsleitung, die dem Chefarzt verantwortlich ist, geführt. Ein großer Teil der Mitarbeiter ist langjährig in der Klinik tätig.
In der Organisation der Klinik sind als qualifizierte Mitarbeiterinnen eine Chefsekretärin und mehrere Teilzeitkräfte tätig.
In der interdisziplinär geführten, operativen Intensiv-Station stehen 12 Betten zur Verfügung. Die Leitung dieser Station obliegt dem Chefarzt der Abteilung für operative Intensivmedizin und Anästhesiologie.Regelmäßig können 5 Betten, im

Bedarfsfall aber auch bis zu 8 Betten, durch die Neurochirurgische Klinik belegt und versorgt werden.
Tägliche Visiten auf der Intensiv-Station werden ergänzt durch einen fest der Intensiv-Station zugeteilten neurochirurgischen Assistenten.
Der Chefarzt der Neurochirurgischen Klinik, Herr Dr. med. R. Harre, verfügt über die Zusatzqualifikation spezielle, neurochirurgische Intensiv-Medizin. Zudem ist er staatlich anerkannter Physiotherapeut.

3.3. PERSONAL
3.3.1. STELLENPLAN UND QUALIFIKATIONEN

Am 31.12.2005 gehörten der Klinik für Neurochirurgie folgende ärztliche Mitarbeiter an:

1 Chefarzt
3 Oberärzte
5 Assistenzärzte, davon 2 Fachärzte

Der prozentuelle Anteil an Fachärzten in der Klinik betrug am 31.12.2005 67,87%.
Die Ist-Besetzung mit 8,84 ärztlichen Mitarbeitern entsprach am 31.12.2005 der Soll-Besetzung von 8 ärztlichen Mitarbeitern.

CHEFARZT

Dr. med. Rainer Harre

Weiterbildung zum Facharzt für Neurochirurgie an der Medizinischen Hochschule Hannover. Hier auch Weiterbildung in der Neurochirurgischen Intensivmedizin.
Facharztanerkennung September 1993.
Oberarzt in den Gilead-Krankenanstalten in Bielefeld-Bethel und später im Klinikum Minden.
Seit 2001 Chefarzt der Neurochirurgischen Klinik im St. Marien-Hospital in Lünen.
Arbeitsschwerpunkt mikrochirurgische und minimalinvasive Eingriffe bei Hirntumorerkrankungen, Hirngefäßerkrankungen und im Rahmen von Neuroorthopädie und Neuroonkologie.
Mitgliedschaften in der Deutschen Gesellschaft für Neurochirurgie, des Berufsverbandes Deutscher Neurochirurgen, der Gesellschaft für Wirbelsäulenchirurgie, der Deutschen Gesellschaft für Neuroradiologie, der Anatomischen Gesellschaft , der Deutschen Krebsgesellschaft und der Gesellschaft Deutscher Ärzte und Naturforscher e.V..
Mitglied der Gutachterkommission der Schlichtungsstelle der Ärztekammer Westfalen.

OBERÄRZTE

Dr. med. Peter Bösken

Mitarbeiter der Klinik seit dem 15.08.1987, zunächst Assistent, später vom 01.12.1990 als Oberarzt und seit dem 01.07.1992 als 1. Oberarzt und Vertreter des leitenden Arztes der Klinik tätig.
Kommissarischer Leiter der Klinik in der Zeit vom 21.02.2001 bis zum 30.09.2001.
Fachkunde spezielle neurochirurgische Intensivmedizin.
Arbeitsschwerpunkte: Elektrophysiologie und stereotaktisch geführte Operationen, neurochirurgische Schmerztherapie.
Mitarbeit in diversen Projektgruppen zur Optimierung des Kurvenführungssystems und der Erstellung von Richtlinien zur Dokumentation. EDV-gestützte Arztbrieferstellung.

Dr. med. S. Kazkaz

Mitarbeit in der Klinik seit dem 02.01.1987, Oberarzt seit dem 01.07.1992.
Arbeitsschwerpunkte: Wirbelsäulenchirurgie
Seit 1998 jährliche Einsätze im Gaza-Streifen durch die Hilfsorganisation Hammer-Forum.
Vorsitzender des Ausländerbeirates der Stadt Lünen seit1999.
Mitglied der Deutschen Gesellschaften für Neurochirurgie und Wirbelsäulenchirurgie.

Frau Dr. med. Katja Swoboda

Mitarbeit in der Klinik seit 1995, zunächst als Ärztin im Praktikum, als Assistenzärztin vom 01.12.1996 bis zum 31.12.2001 und seit dem 01.02.2003 als Oberärztin tätig.
Qualitätsbeauftragte und Mitglied in der Arbeitsgemeinschaft Controlling und DRG.
Tätigkeitsschwerpunkt: operativ das gesamte Spektrum der Neurochirurgie und Elektrophysiologie.
Einarbeitung neuer ärztlicher Mitarbeiter.
Mitglied der Deutschen Gesellschaften für Neurochirurgie, Wirbelsäulenchirurgie, und manuelle Medizin.
Zusatzbezeichnung: Chirotherapie.

ASSISTENZÄRZTE

Frau Beate Lobitz

Seit 01.03.2003 Assistenzärztin, Fachärztin für Neurochirurgie in meiner Klinik, Kontrolle und Mitarbeit bei der Verschlüsselung und Optimierung der EDV-gestützten, klinikinternen Dokumentation (DRG-Beauftragte) und Qualitätssicherung.
Tätigkeitsschwerpunkt: Krankenhaus- und Qualitätsmanagement.
Eingehende Kenntnisse und Erfahrungen in der Elektrophysiologie sowie allen operativen Verfahren.
Zusatzbezeichnung: Neurochirurgische Intensivmedizin.

Frau Dörte Elias
Fachärztin für Orthopädie – Chirotherapie -. Mitarbeiterin der Klinik seit 2002, Weiterbildungsassistentin im Fach Neurochirurgie im letzten Weiterbildungsjahr.
Mitglied der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie.

Dr. med. Alexei Korenkov
Facharzt für Neurochirurgie, Mitglied der Klinik seit 2002,
Schwerpunkt: Wirbelsäulenchirurgie.
Veröffentlichungen und diverse Vorträge zum Thema:
zerebrale Ischämien.

Herr Anani Apedjinou
Weiterbildungsassistent seit Mai 2004 im 3. Weiterbildungsjahr.
Derzeit zuständig für die Betreuung der neurochirurgischen Patienten auf der interdisziplinären operativen Intensiv-Station.

Herr Fehmi Berisha
Weiterbildungsassistent seit Juni 2005 im letzten Weiterbildungsjahr.
Seine Ausbildung zum Facharzt für Neurochirurgie begann er am 01.04.1998 als Assistenzarzt in den Städt. Kliniken in Frankfurt-Hoechst.
Schwerpunkt: Wirbelsäulenchirurgie.
Veröffentlichungen zum Thema Wirbelkörperersatz bei multiplen Spinalkanalstenosen.

3.3.2. WEITERBILDUNGSERMÄCHTIGUNG

Dem Chefarzt der Neurochirurgischen Klinik, Herrn Dr. med. R. Harre, ist die 5jährige Weiterbildungsermächtigung im Fachgebiet Neurochirurgie durch die zuständige Landesärztekammer Westfalen-Lippe in Münster erteilt worden.

3.3.3. TRAINEEPROGRAMME, PRAKTIKA UND HOSPITATIONEN

Für die Kollegen der Unfallchirurgischen Klinik wird unter neurochirurgischer Leitung die durch Weiterbildungsordnung geforderte Bohrlochtrepanation gezeigt und praktisch durchgeführt.
Die Klinik hat in 2005 wiederholt im Rahmen von Famulatur und Praktikum als Weiterbildungsstätte erfolgreich gedient.

3.3.4. LEHRE, FORSCHUNG UND ENTWICKLUNG

Im Rahmen der regelmäßigen, klinikinternen Konferenzen erfolgen Berichte und Weitergabe von aktuellen Informationen aus Lehre und Forschung bzw. Teilnahme an wissenschaftlichen Kongressen und Symposien.
Es wurden Vorträge vor örtlichem Fach- und Laienpublikum gehalten.
Es erfolgte eine Dozententätigkeit in der Fachweiterbildung der Intensiv-Pflege und der Op-Schwesternausbildung.

3.4. LEISTUNGSSPEKTRUM, SCHWERPUNKTE UND SERVICEANGEBOTE

Die Neurochirurgische Klinik des St. Marien-Hospitals Lünen ist eine bettenführende Hauptabteilung, die über 32 Betten auf einer Normalstation verfügt, dazu bis zu 5 Betten, bei Bedarf auch mehr, intensivmedizinisch zu versorgende Patienten auf der interdisziplinären, operativen Intensiv-Station.
Im Jahre 2005 wurden 2.282 Patienten in unserer Klinik behandelt, das entspricht einer Fallzahl von 3.374, die sich aus 2.295 ambulanten und 1.079 vollstationären Fällen zusammensetzt.

AUFSTELLUNG DER HÄUFIGSTEN DRG FÜR DIE ABTEILUNG

Schlüssel	Bezeichnung	Fälle
I68	Nicht operativ behandelte Erkrankungen und Verletzungen im Wirbelsäulenbereich	277
I56	Andere Eingriffe an der Wirbelsäule ohne komplexen Eingriff	189
I53	Andere Eingriffe an der Wirbelsäule mit komplexem Eingriff	79
B02	Kraniotomie oder komplexe Wirbelsäulen-OP	63
B18	Eingriffe an Wirbelsäule und Rückenmark	58
B70	Apoplexie	29
B14	Mäßig komplexe Kraniotomie	28
B78	Intrakranielle Verletzung	25
B71	Erkrankungen an Hirnnerven und peripheren Nerven	19
I09	Wirbelkörperfusion	15
Gesamt		**782**

AUFSTELLUNG DER HÄUFIGSTEN HAUPTDIAGNOSEN (ICD) FÜR DIE ABTEILUNG

Schlüssel	Bezeichnung	Fälle
M51	Sonstige Bandscheibenschäden	277
M48	Sonstige Spondylopathien	95
M47	Spondylose	93
M50	Zervikale Bandscheibenschäden	92
S06	Intrakranielle Verletzung	47
M54	Rückenschmerzen	42
I61	Intrazerebrale Blutung	38
M96	Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems nach medizinischen Maßnahmen, anderenorts nicht klassifiziert	36
I62	Sonstige nichttraumatische intrakranielle Blutung	25
I60	Subarachnoidalblutung	19
Gesamt		**764**

AUFSTELLUNG DER HÄUFIGSTEN OPERATIONEN BZW. EINGRIFFE (OPS) FÜR DIE ABTEILUNG

Schlüssel	Bezeichnung	Fälle
5-831	Exzision von erkranktem Bandscheibengewebe	302
5-010	Schädeleröffnung über die Kalotte	150
8-917	Injektion eines Medikamentes in Gelenke der Wirbelsäule zur Schmerztherapie	111
5-832	Exzision von erkranktem Knochen- und Gelenkgewebe der Wirbelsäule	91
5-013	Inzision von Gehirn und Hirnhäuten	77
5-834	Offene Reposition der Wirbelsäule mit Osteosynthese	67
5-836	Spondylodese	57
5-785	Implantation von alloplastischem Knochenersatz	49
5-022	Inzision am Liquorsystem	31
5-030	Laminektomie und Hemilaminektomie an der HWS	30
5-032	Hemilaminektomie und Laminektomie an der LWS	30
8-410	Extension an der Schädelkalotte	26
5-015	Exzision und Destruktion von erkranktem intrakraniellem Gewebe	24
5-839	Andere Operationen an der Wirbelsäule	24
5-021	Rekonstruktion der Hirnhäute / Duraplastik	22
8-922	Monitoring des intrakraniellen Druckes	20
8-914	Injektion eines Medikamentes an Nervenwurzeln und wirbelsäulennahe Nerven zur Schmerztherapie	19
5-012	Inzision der Schädelknochen [Kraniotomie und Kraniektomie]	18
5-056	Neurolyse und Dekompression eines Nerven	18
5-031	Zugang zur Brustwirbelsäule	16
Gesamt		**1.182**

AUFSTELLUNG DER HÄUFIGSTEN AMBULANTEN OPERATIONEN BZW. EINGRIFFE FÜR DIE ABTEILUNG

Schlüssel	Bezeichnung	Fälle
2275	Karpal-/Tarsaltunnel-Syndrom	25
2276	Supinatorlogen-Syndrom Op.	1
31242	Peripherer neurochirurgischer Eingriff der Kategorie O2	62
31131	Denervation, Wirbelgelenke (op.)	2
31243	Peripherer neurochirurgischer Eingriff der Kategorie O3	1
31244	Peripherer neurochirurgischer Eingriff der Kategorie O4	1
31255	Zentraler neurochirurgischer Eingriff der Kategorie P5	1
Gesamt		**93**

Die Auslastung für das Jahr 2005 im stationären Bereich betrug 74,40%, wobei die durchschnittliche Verweildauer auf 9,32 Tage reduziert werden konnte.
Zu den besonderen Schwerpunkten und Leistungsangeboten zählen die neurochirurgische Behandlung von Hirntumoren, Hirnblutungen, Hirngefäßmissbildungen und Erkrankungen des Rückenmarks, die einer operativen Therapie zugänglich sind.
Ein weiterer Schwerpunkt ist die Behandlung neuroorthopädischer Krankheitsbilder, lumbale und zervikale Bandscheibenvorfälle, spinale Stenosen, Stabilisierungsverfahren.
Im Rahmen der peripheren Chirurgie werden mikrochirurgische Eingriffe bei Tumoren, endoskopische Eingriffe bei Karpaltunnel-Syndromen und offene, zum Teil mikrochirurgische Eingriffe bei Engpass-Syndromen durchgeführt.
Ambulante Operationen nach §115b SGB V werden bei peripheren Nervenengpasssyndromen mit Schwerpunkt auf Karpaltunnel-Syndrom und Ulnarisrinnen-Syndrom durchgeführt.
Im Jahre 2005 führten wir 92 ambulante Operationen durch, davon 68 Operationen eines Karpaltunnel-Syndroms und 19 Ulnarisrinnen-Syndrom-Operationen.
Die Neurochirurgische Klinik bietet von montags bis donnerstags regelmäßig eine Sprechstunde an, die zusätzlich zu den selbstverständlich jeder Zeit rund um die Uhr notfallmäßig ambulant zu versorgenden Patienten im Sinne einer Einbestellung mit Vergabe von festen Vorstellungsterminen arbeitet. Diese neurochirurgische Ambulanz wird vom Chefarzt geleitet und betreut.
Im Rahmen dieser Sprechstunde werden alle Bereiche der Neurochirurgie berührt und abgedeckt. Der Chefarzt ist persönlich ermächtigt.

AUFSTELLUNG DER ELEKTRONEUROGRAPHISCHEN UNTERSUCHUNGEN

Pos.	Leistungsbezeichnung	amb.:	stat.:	Anzahl
1	EEG	26	1.316	1.342
2	Langzeit-EEG	./.	31	31
3	VEP	./.	99	99
4	AEP	./.	294	294
5	SEP	226	406	632
6	MEP	./.	86	86
7	NLG (Arzthelf./Arzt)	201	349	550
8	EMG/NLG (Arzt)	64	54	118
9	MESAM	./.	3	3
10	Blinkreflex	./.	259	259

Konsiliarische Tätigkeiten werden durch alle Fachärzte der Abteilung wahrgenommen, zum Teil werden die Patienten in der Ambulanz vorgestellt, zum Teil auf den Stationen der beteiligten Kliniken.
Die Zusammenarbeit mit anderen Abteilungen ist eng, regelmäßige Vorstellungen von Fällen, Röntgenbildern und Bilddaten per Internet erfolgen in sehr guter Kooperation mit den nachfragenden Kliniken. Patienten können kurzfristig übernommen bzw. verlegt werden.
Es gibt eine ausgezeichnete Zusammenarbeit mit den nachbetreuenden Rehabilitationszentren der Region, die Anmeldung der Patienten und Überleitung in diese Kliniken erfolgt durch einen kompetenten, hausinternen Sozialdienst.

3.5. PLANBETTEN

Zum Stichtag, dem 31.12.2005 betrug die Anzahl der Planbetten gemäß Krankenhausplan 37.

4. TECHNISCHE AUSSTATTUNG

AUSSTATTUNG IM OP-SAAL:

- zwei Operationsmikroskope (Firma Zeiss, Firma Leica)
- ein Ultraschallsauger zur Tumorchirurgie
- ein Sonographiegerät der Firma Siemens zur intraoperativen online Neuronavigation
- ein rahmengestütztes Stereotaxie-Gerät der Firma Fischer-Leibinger
- Neuroendoskopie der Firma Karl Storz
- Operationsinstrumentarium in mehrfacher Ausführung für die Hirn-, Rückenmarks-, Nerven- und Wirbelsäulenchirurgie, mit mikrochirurgischen Zusatzinstrumentarien, endoskopischem Zubehör Instrumentarium und Zubehör für stabilisierende Eingriffe an der Wirbelsäule

Kurzfristig erforderlich werdende Instrumentarien und Implantate können binnen Tagesfrist geliefert werden
Im Op steht ein EDV-Arbeitsplatz zur Verfügung, so dass die online Dokumentation möglich wird, gleichzeitig besteht ein Zugang zum PACS-System
Ein intraoperativ einsetzbares Doppler-Sonographiegerät bei neurochirurgischen Eingriffen am Gefäßsystem wird vorgehalten
Intraoperative Röntgendiagnostik (nativ und nach Gabe eines Kontrastmittels) ist durch zwei Röntgenbildverstärker („C-Bogen“) möglich, die ggfls. auch gleichzeitig intraoperativ positioniert werden können.

ALLGEMEIN- UND INTENSIV-MEDIZIN:

Elektrophysiologisches Monitoring
Transkranielle Dopplersonographie
Ausstattung von 5 Arbeitsplätzen für alle zugriffsberechtigten Ärzte der Abteilung zur Wiedergabe und Bearbeitung der im PACS-System gespeicherten Röntgenuntersuchungen. Hierzu zählen alle Nativ-Röntgenaufnahmen, Aufnahmen nach Kontrastmitteluntersuchungen, Computer- und Kernspintomographien.
Anschluss an ein internes und externes Mailsystem, das geeignet ist Bilddateien auch mit umgebenden Kliniken auszutauschen.
Umfassende, klinikinterne Software zur Abdeckung der anfallenden Routineaufgaben im Bereich von Dokumentation, Auswertung und Information.
Jeder Arzt verfügt über ein Funktelefon.

5. QUALITÄTSSICHERUNG
5.1. STRUKTUREN & ORGANISATION

Zur Qualitätssicherung ist eine Oberärztin der Klinik mit den Funktionen einer qualitätsbeauftragten Mitarbeiterin betraut. Es finden regelmäßig Sitzungen statt mit den Qualitätsbeauftragten des Hauses und weiteren Funktionsträgern benachbarter Abteilungen.
Während der Pflegebereich der Neurochirurgischen Klinik bereits zertifiziert ist, ist das Zertifizierungsverfahren für die Neurochirurgische Klinik noch nicht abgeschlossen.

5.2. METHODEN & DEFINIERTE VERFAHREN

Kein Beitrag für das Berichtsjahr.

5.3. PROZESSE
5.3.1. PATIENTENVERSORGUNG
5.3.1.1. ALLGEMEINE INFORMATIONEN

Im Wesentlichen wird leitlinienorientiert gearbeitet.

ZIEL

Einheitlichkeit, Reproduzierbarkeit und Vergleichbarkeit von Therapieergebnissen und Behandlungszielen.

VORGEHEN

Wenngleich das Gerüst der Leitlinien noch inkomplett ist, wird klinikintern durch wiederkehrende, regelmäßige Konferenzen und Besprechung der Patienten das diagnostische und therapeutische Vorgehen strukturiert und abgestimmt.
Auf diese Weise können z.B. unklare Beschwerden im Bereich der Wirbelsäule zügig eingegrenzt werden und die Therapie kann dementsprechend ansetzen.
Diese Vorgehensweise wird regelmäßig kontrolliert. Es finden neben den täglichen Besprechungen eine tägliche Röntgenkonferenz statt und eine tägliche Visite, zudem Oberarzt- und Chefarztvisiten, in denen die erhobenen Befunde und Fragestellungen zielgerichtet interpretiert werden.
Zudem ist die ambulante erste Abklärung eine sehr effektive Methode, mit der sich das spätere Vorgehen auf der Station richtungsgebend eingrenzen lässt.
Fachübergreifend findet regelmäßig morgens eine gemeinsame Visite mit den Intensiv-Medizinern statt, in der die aktuellen Befunde und Begebenheiten angesprochen und dokumentiert werden. Das weitere medizinische Vorgehen bei den betroffenen Patienten wird hier neu bewertet und dementsprechend modifiziert.
Im Rahmen der Aufnahme von Patienten sind verschiedene Aspekte zu berücksichtigen:
Der typische Notfall, der nach Rücksprache des Rettungsdienstes mit unserer Klinik ins Haus kommt wird in angemessener Weise kompetent versorgt, d.h., dass

zumindest Neurochirurg, Unfallchirurg und Anästhesist bei der Aufnahme der Patienten zugegen sind und die Anamneseerhebung beim begleitenden Notarzt erfolgt, anschließend eine klinische Untersuchung durchführten. Danach werden die entsprechenden diagnostischen Verfahren beigezogen.
Die elektive Aufnahme erfolgt über die Ermächtigungsambulanz der Klinik, wo der allein verantwortliche Chefarzt Anamnese und Befund erhebt, weiterführende, ambulante Diagnostik veranlasst, schließlich über das ambulante oder stationäre weitere Vorgehen entscheidet und die Nutzung von Vorbefunden sinnvoll und zeitnah koordiniert.
Visiten werden täglich am frühen Vormittag durchgeführt, in den Visiten wird über das weitere Vorgehen mit den Patienten gesprochen. Oberarztvisiten finden mindestens zweimal wöchentlich statt, Chefarztvisite zweimal wöchentlich.
Eine Vertretungsregelung gewährleistet ein durchgängiges Konzept. Gemeinsam mit den Intensiv-Medizinern erfolgen die täglichen Frühvisiten auf der operativen Intensivstation.

BESPRECHUNGEN UND KONFERENZEN

Eine morgendliche Dienstkonferenz dient der Übergabe durch den Bereitschaftsdienst, zudem werden Fallbesprechungen und Indikationsbesprechungen durchgeführt, anschließend findet eine interdisziplinäre Visite mit den Intensivmedizinern statt, der eine tägliche Röntgenkonferenz folgt.
Der Arbeitstag endet mit einer weiteren, klinikinternen, neurochirurgischen Konferenz, in der die klinikinternen Vorgänge, Untersuchungen und Neuzugänge besprochen werden. Zudem wird das Op-Programm für den folgenden Tag ein letztes Mal gesichtet und offene Fragen werden eindeutig beantwortet. Sollten sich daran noch weitere Untersuchungen anschließen, die im Laufe des Abends erledigbar sind, wird sich der diensthabende Assistenzarzt um diese Arbeiten zuverlässig kümmern.

SCHMERZTHERAPIE

Ein Zentrum für Schmerztherapie existiert. Neurochirurgische Patienten werden dort konsiliarisch vorgestellt und mitbetreut, eine Übernahme in den stationären Bereich der Schmerztherapie oder die Schmerzambulanz ist möglich.
Auch wird interdisziplinär unter patienten- und kostenbezogenen Gesichtspunkten eine effektive Behandlung angeboten. Ein strenges Schmerzregime wird abgelehnt, die Vorgehensweise ist kasuistisch orientiert.

PATIENTENZUFRIEDENHEIT

Einen hohen Stellenwert nimmt die Patientenzufriedenheit ein, die in einer großen Studie in 2002 hinterfragt worden ist. Standarisierte Fragebögen werden abgelehnt, da das persönliche Urteil des Patienten bei der Entlassung gefragt ist. Der Chefarzt der Abteilung verabschiedet jeden Patienten, gerade auch unter dem Aspekt der Patientenzufriedenheit werden hierzu standardähnliche Fragen gestellt, die weitere Betreuung durch Hausarzt und nachversorgende

Reha-Klinik wird angesprochen, eine Wiedervorstellung in der Ambulanz zu einer Kontrolluntersuchung nach ca. 4-8 Wochen (variabel nach Krankheitsbild) wird empfohlen.
Die Angehörigen der Patienten werden unter strikter Berücksichtigung von Vertraulichkeit und medizinischer Schweigepflicht in die Behandlung einbezogen.
Indices und Scores werden verwendet: Hunt- und Hess-Graduierung bei der Subarachnoidalblutung, Glasgow-Coma-Scale beim Schädelhirntraum, Barthel-Index bei Anmeldung zur Rehabilitation und Verlegung in die nachsorgende Klinik.

5.3.1.2. PROJEKTE IN 2005

Kein Beitrag für das Berichtsjahr.

5.3.2. MITARBEITER

5.3.2.1. ALLGEMEINE INFORMATIONEN

EINARBEITUNG NEUER MITARBEITER

Die Mitarbeiter der Neurochirurgischen Klinik verstehen sich als Team, bei dem idealerweise deren einzelne kompetente Mitglieder sich nach Kenntnis und Wissensstand sowie praktischen Fertigkeiten ergänzen, ohne dass sich daraus eine strenge hierarchische Struktur ergibt.
Dementsprechend werden alle ärztlichen Mitarbeiter der Neurochirurgischen Klinik mit allen Aufgaben und Entscheidungen, die den täglichen Klinikalltag ausmachen konfrontiert und werden durch interne und externe Kontrollmechanismen angehalten, dem Patientenwohl und den Zielen der Behandlung zu dienen.
Diese Verfahrensweise hat sich als sehr effizient herausgestellt.
So werden neu eingestellte ärztliche Mitarbeiter regelmäßig einem erfahrenen Kollegen zugewiesen, zugleich der Verantwortlichkeit meiner Oberärztin unterstellt, um dann in diesem Rahmen ein strukturiertes Kennenlernen des neuen Arbeitsfeldes zu ermöglichen.
Eine strenge Checkliste besteht nicht, da die kasuistische Ausrichtung der Klinik engen Grenzen bei der Behandlung des Patienten widerspricht.
Die regelmäßige Überprüfung der Fortschritte eines neuen Mitarbeiters werden im Rahmen der täglichen Konferenzen, Fallbesprechungen und Therapieplanungen durchgeführt. Dazu ergänzend finden Vieraugengespräche zwischen Oberarzt/Oberärztin und Mitarbeiter, bzw. Chefarzt und Mitarbeiter statt.
Dabei wird überprüft, in wieweit sich die gewonnen Fähigkeiten und Aufgaben sowie Anforderungen an den Arzt kongruent verhalten. Die individuelle Korrektur der weiteren Einarbeitungsphase ist damit gewährleistet.
Eine vollständige Weiterbildung, die ja 6 Jahre Weiterbildungszeit umfasst wurde bewusst nicht angestrebt.
Es ist der Wunsch der Klinikleitung, dass durch Klinikwechsel während der Weiterbildungszeit ein sich daraus ergebendes Reflektieren anderer und ggfls. auch besserer Methoden und Sichtweisen bei der neurochirurgischen Weiterbildung

möglich wird. Die Gefahr betriebsblind, systemimmanent Fehler zuzulassen und unbemerkt in die weitere Zukunft fortzuentwickeln, wird dadurch minimiert.

FORT- UND WEITERBILDUNG

Die Weiterbildung zum Neurochirurgen nimmt naturgemäß den üblichen Weg über die Stationsarbeit, erste kleinere Eingriffe im ersten und zweiten Ausbildungsjahr, die immer unter fachärztlicher Anleitung durchgeführt werden, um dann in den folgenden Ausbildungsjahren ohne Vernachlässigung der stationsbezogenen Arbeit vermehrt in überwiegend spinale Operationen eingeführt zu werden.
Parallel dazu finden neurochirurgische Operationen mittleren Schwierigkeitsgrades im Bereich des Kopfes statt, die immer unter ober- und chefärztlicher Anleitung umsichtig geplant und durchgeführt werden.
Auf diese Weise soll der Mitarbeiter lernen, seinen Kenntnisstand im Theoretischen und Praktischen fortwährend zu erweitern und zunehmend selbständig die erforderlichen Entscheidungsprozesse einzuleiten und umzusetzen.
Die regelmäßige Präsentation seiner Überlegungen und Handlungen erfolgt wiederum zwangsläufig durch Supervision im Rahmen der klinikinternen, täglichen Konferenzen und Besprechungen.
Neben der klinikinternen Weiterbildung wird Wert auf den Besuch von Fortbildungsveranstaltungen gelegt, die sich glücklicherweise aufgrund der räumlichen Lage des Krankenhauses am Rande eines großen Ballungsgebietes in großer Zahl anbieten.
Wie schon gesagt, verfügt die Klinik über einen eigenen Internetzugang, damit die Möglichkeit, sich Zugang zu verschaffen zur medizinischen und wissenschaftlichen Literatur.
Interessanterweise wird diese Möglichkeit deutlich mehr genutzt, als das Studium von Fachzeitschriften, die ebenfalls zugänglich sind.
Die apparative Diagnostik, mit der der Weiterbildungsassistent konfrontiert wird, d.h. Verfahren wie Dopplersonographie, Elektrophysiologie, Lumbalpunktion, Hirndruck- und Hirnperfusionsmessung etc. werden von Anfang an praktiziert, bzw. sind dem Kollegen zugänglich.
Eine strikte Vorgabe existiert nicht, da wir uns den individuellen Bedingungen, die die Patienten mitbringen anschließen und uns darauf einstellen.
Die Abrundung des operativen Behandlungsspektrums erfolgt durch den Erwerb von Erfahrungen bei der Operation von Schädel-Hirnverletzungen, die mit den chronischen und akuten Subduralblutungen, später Epiduralblutungen ihren Anfang nehmen, danach und darauf aufbauend werden zunehmend kleinere und mittlere, gut zugängliche Hirntumoren angegangen, um erst nach Abschluss der Weiterbildungszeit als Facharzt auch die komplizierten Eingriffe selbständig durchführen zu können.

PERSONALENTWICKLUNG

Aus den sich entwickelnden Kompetenzen der einzelnen Mitarbeiter wird mittel- und langfristig ein Gerüst entstehen, das sich tragfähig erweisen dürfte bei der Lösung aller klinikalltagsüblichen Fragestellungen und Aufgaben.
Es wird nicht angestrebt, bestimmte Kompetenzen und organisatorische Einbindungen der ärztlichen Mitarbeiter von vornherein festzulegen, sondern durch die die Entwicklung der Kollegen begleitenden Kontrollmechanismen klarzustellen, welchen Bereich der Betreffende später schwerpunktmäßig abzudecken vermag.

BESCHWERDEMANGEMENT

Ein internes Beschwerdemanagement existiert nicht. Möglicherweise aufkommende Probleme und Fragestellungen von kritischer Brisanz werden in angemessenem Rahmen offen angesprochen, meist aber schon im Vorfeld der täglichen, klinikinternen Besprechungen erfolgreich behandelt.

PERSONALBEDARFSPLANUNG

Bei der Personalentwicklung und Personalbedarfplanung hat sich durch konstante äußere Bedingungen ein relativ fixer Stellenschlüssel ergeben, der mit 5 Assistenten, 3 Oberärzten und 1 Chefarzt den täglichen Anforderungen gegenwärtig gewachsen ist, wenngleich eine Weiterentwicklung und Aufstockung, die nicht zuletzt Folge der strikten Handhabung der Arbeitszeitgesetze ist, angestrebt wird.

5.3.2.2. PROJEKTE IN 2005

Kein Beitrag für das Berichtsjahr.

5.3.3. SICHERHEIT & UMWELT
5.3.3.1. ALLGEMEINE INFORMATIONEN

Innerbetriebliche Fortbildungsbeauftragte des Hauses und der Klinik veranlassen klinikinterne Fortbildungen zu Brandschutz, Arbeitssicherheit o.ä..
Die gegenwärtigen Bestimmungen, Verordnungen und Gesetze, die so relevante Bereiche, wie Röntgen- und Nuklearmedizin betreffen, werden penibel eingehalten und befolgt sowie dokumentiert. Es gibt einen Beauftragten für die medizinischen Geräte im Rahmen des Medizin-Produkte-Gesetzes, der die Einweisung der Mitarbeiter bei Anschaffung und laufendem Betrieb neuer Geräte unterstützt.
Ebenso gibt es einen Transfusionsbeauftragten der Klinik, der mit den im Haus zuständigen Gremien zusammenarbeitet. Ein Leitfaden, der die Handhabung von Blutprodukten regelt existiert und wurde vom Transfusionsbeauftragten des Hauses erstellt.
Eine Checkliste zur OP-Vorbereitung wurde eingeführt. Ziel dieses Vorhabens war, dass im Rahmen der auf den operativen Eingriff ausgerichteten Maßnahmen, die dazu erforderlichen Unterlagen und Befunde komplett vor dem Eingriff vorgele-

gen und überprüft worden sind.
Diese Checkliste liegt von Anfang an der Patientenakte bei und wird kontinuierlich durch Abhaken von Pflegepersonal und verantwortlichem Arzt abgearbeitet. Sie begleitet den Patienten in den OP.
Im Ergebnis ließ sich dadurch sicherstellen, dass alle relevanten Befunde und Untersuchungen vor dem Eingriff gesichtet worden waren und vorgelegen hatten, so dass rein organisatorisch begründete Mängel vermieden werden konnten.
Eine weitere Kontrolle erfolgt durch die tägliche Klinikkonferenz am Nachmittag, bei der die Eingriffe des nächsten Tages einzeln vorgestellt und nochmals besprochen werden.
Zur Sicherheit der uns anvertrauten Patienten erfolgen die präoperativen Aufklärungsgespräche zur Operation in individueller Weise derart, dass Vordrucke, wie häufig üblich, durch handschriftliche Notizen und Zeichnungen so ergänzt werden, dass die individuelle Aufklärung des Patienten sichergestellt und dokumentiert ist.
Die Lagerung, die Bestimmung der korrekten Höhe, die Seite etc. in der, bzw. wo operiert wird, haben ihren festen Platz auf dem Op-Plan. Ebenso werden die intraoperativ einzusetzenden Geräte und diagnostischen Apparate auf dem Op-Plan festgehalten.
Es existiert ein, im Operationssaal hinterlegter Katalog, aus dem die Lagerung eines Patienten zu der jeweilig geplanten Operation erkenntlich ist.
Nach der Operation erfolgt die Übergabe des Patienten unter kontinuierlicher Begleitung durch den Anästhesisten an den Aufwachraum, wo bei der Umlagerung der Neurochirurg in aller Regel zugegen ist und ggfls. Anweisungen erteilt und über den Eingriff und den möglichen, weiteren Verlauf informiert.
Eine erste, postoperative, neurochirurgische Nachuntersuchung erfolgt, sobald der Patient bei Bewusstsein ist, häufig schon im OP, spätestens auf der Intensivstation oder unmittelbar nach Übernahme des Patienten auf die periphere Station.
Wie schon angedeutet, wird auch bei der Einhaltung der Hygiene den hohen Standards des Hauses entsprochen. Es gibt einen hygienebeauftragten Arzt und einen Hygienepfleger, die zu regelmäßigen Hygiene-Konferenzen einladen.
Zudem gibt es im Intranet des Hauses einen Verweis auf Fragen der Hygiene und sie speziell betreffende Mitteilungen.
Bei aktuellen Fragestellungen werden kurzfristig Konferenzen und stationsbezogene Zusammenkünfte anberaumt und erforderlich werdende Maßnahmen mitgeteilt.
Es gibt einen jeweils aktuellen Brandschutz- und Katastrophenschutz-Plan, der regelmäßig überarbeitet wird. Die jeweils gültige Version wird den Mitarbeitern bekannt gemacht. Im Stations- und Ambulanzbereich sowie im Chefarzt-Sekretariat befinden sich Ausdrucke der jeweils gültigen Versionen.
Für den Brandschutz existieren Beauftragte, auch die Technische Abteilung ist in dieser Richtung maßgeblich verantwortlich. Bei Bedarf erforderlich werdende, innerbetriebliche Fortbildungen finden statt.
Die Koordination der Maßnahmen, die im Falle eines Brandes zu ergreifen sind, erfolgt von zentraler Stelle.

Der Umgang mit Zytostatika wird auf der Neurochirurgischen Station nicht geübt. Patienten, die einer onkologischen Therapie zugänglich gemacht werden müssen, sind in aller Regel in dementsprechenden Einheiten stationär, teilstationär oder ambulant untergebracht, bzw. angebunden.
Die Anwendung eines Mülltrennungsverfahrens ist für jede Klinik geregelt, so dass die in üblicher Weise erforderliche Trennung des Mülls nach den Prinzipien des dualen Systems auch auf Stationsebene möglich ist. Müllvermeidung ist selbstverständlich.
Verbrauchsmaterialien werden wirklich nur dann geöffnet, wenn sie zweifelsfrei benötigt werden und zudem die Entsorgung gesichert ist. Eine Schonung der Ressourcen und strikte Vermeidung unnötigen Verbrauchs ist ein vorrangiges Prinzip.

5.3.3.2. PROJEKTE IN 2005

Kein Beitrag für das Berichtsjahr.

5.3.4. DATENSCHUTZ UND DATENSICHERHEIT

5.3.4.1. ALLGEMEINE INFORMATIONEN

Grundsätzlich werden die Richtlinien zum Datenschutz und zur Datensicherheit strikt eingehalten und auch nach außen hin klar vertreten.
Der kasuistischen Ausrichtung der Klinik entsprechend wird der individuellen Situation eines Patienten und seinen Bedürfnissen Rechnung getragen.
Hier bestehen eindeutige Regelungen, die im Klinikalltag befolgt werden.
Bei der Aufnahmeuntersuchung wird der Patient befragt, ob es hinsichtlich etwaiger Auskunftsberechtigter Einschränkungen gibt, oder ob Auskünfte Dritten gegenüber generell nicht gewünscht und gemacht werden dürfen.
Auch bei komatösen Patienten wird die Frage im Einzelfall geprüft, ob Daten nach außen gelangen dürfen oder nicht. Es erfolgt eine Dokumentation im Krankenblatt derart, dass im Zweifelsfall alle Mitarbeiter der Klinik Kenntnis vom aktuellen Sachverhalt nehmen können.
Grundsätzlich werden telefonische Auskünfte nur in Ausnahmesituationen erteilt.
Auch wird Wert darauf gelegt, dass nur einem einzigen Dritten und nicht einer Gruppe von Dritten Auskunft erteilt wird, um Fehlinterpretationen oder Missverständlichkeiten zu vermeiden.
Patientendaten die von außen, d.h. von Krankenkassen, medizinischem Dienst oder anderen Versicherungen angefordert werden, gelangen nur dann nach außen, wenn der Patient seine Einwilligung erteilt hat.
Der Wahrung des Datenschutzes dient schließlich auch die Entscheidung, einen externen Schreibdienst o.ä. Institutionen nicht weiter in Anspruch zu nehmen.
Medizinische Unterlagen, die im Rahmen der ambulanten Untersuchungen erstellt werden, gelangen nur durch die Hände des medizinischen Personals auf die Station. Dem Wunsch des Patienten in seine Akte einzusehen, wird grundsätzlich entsprochen. Bei möglicher Fehlinterpretation einzelner Befunde durch den

Patienten bei Einsicht in die Akte ist ein Arzt-Patienten-Gespräch vorgesehen.
Der Umgang mit Patientendaten im Rahmen der digitalen Krankenakte wird sehr sensibel gehandhabt. Hier können nur Zugangsberechtigte den Zugang zur EDV-Netzwerken erhalten, so dass der Umgang mit Dateien und Ordnern dort nur durch vertrauenswürdiges Personal möglich wird. Das gleiche gilt für das PACS-System der Röntgenabteilung, auch hier sind die Zugangsmöglichkeiten eingeschränkt, wenngleich durch die große Zahl der EDV-Arbeitsplätze auf den Stationen im Haus das Risiko des unberechtigten Datenzugriffs nicht unterschätzt werden darf.
Trotz der großen Vorteile, die sich durch digitale Akte und PACS-System der Röntgenabteilung für die Mediziner und das medizinische Personal ergeben, sind Vorkehrungen getroffen, um einem Datenmissbrauch entgegen zu wirken.

5.3.4.2. PROJEKTE IN 2005

Kein Beitrag für das Berichtsjahr.

5.3.5. ORGANISATION, FÜHREN & LEITEN

5.3.5.1. ALLGEMEINE INFORMATIONEN

BESPRECHUNGEN

Regelmäßige, abteilungsinterne Besprechungen finden am Morgen und am Nachmittag statt, daneben täglich Übergabebesprechungen auf der Allgemein- und Intensiv-Station an den jeweils diensthabenden Arzt, dabei auch regelmäßig Rücksprache mit den zuständigen Oberärzten und diensthabenden Kollegen der Klinik für Anästhesiologie und operative Intensivmedizin auf der Intensiv-Station.
Darüber hinaus erfolgen nach Abschluss der Aufnahmeuntersuchungen und Anamneseerhebungen auf der Station zeitnahe Besprechungen mit den zuständigen Oberärzten und Fachärzten.
Eine regelmäßige Visite findet auf der Intensiv-Station morgens nach der Dienstübergabe in unserer Klinik statt. Hier wird regelmäßig von einem zuständigen Neurochirurgen der Status des jeweils betreffenden Patienten dokumentiert und das Procedere für den folgenden Tag festgelegt.
Eine weitere Besprechung findet regelmäßig um 8.00 Uhr morgens in der Abteilung für diagnostische Radiologie statt. In dieser Röntgenbesprechung werden fachgebunden Röntgenuntersuchungen, auch Kernspintomographien und Angiographien vorgestellt, der jeweilige Befund wird demonstriert und interpretiert. Daran ausgerichtet wird das weitere Procedere besprochen.
Bezüglich der Op-Belegung wird ein Op-Programm für den folgenden Tag bis 12.00 Uhr entwickelt und durch das Sekretariat fixiert, anschließend an die Anästhesisten und im Haus an alle, die operativen Abläufe betreffenden Stellen, weitergegeben.
Aufgrund der hohen Flexibilität aller Beteiligten können kurzfristig eintretende Veränderungen und freistehende bzw. nicht mehr nutzbare Op-Kapazitäten flexibel gehandhabt werden.

DIENSTBESPRECHUNGEN

Dienstbesprechungen, die sowohl das Sekretariat, den Schreibdienst, die Elektrophysiologie, das Pflegepersonal und die ärztlichen Mitarbeiter betreffen, werden unregelmäßig in mehrmonatigen Abständen durchgeführt, sind aber, wie die Erfahrung zeigt, aufgrund der engen, ständigen Kontakte unter den Mitarbeitern in ihrer Bedeutung inzwischen vernachlässigbar.
Es hat sich gezeigt, dass aktuell eingetretene Probleme rasch und effektiv gelöst werden können.
Bezüglich der Diensteinteilungen für den Bereitschaftsdienst und den Rufbereitschaftsdienst stimmen sich die Assistenten und Oberärzte in eigenen, individuell festgelegten Besprechungen kooperativ ab.
Regelmäßig finden große Informationsveranstaltungen statt (Klinikkonferenz), bei der alle relevanten Fakten, Daten und Entscheidungen sowie Planungen, die das Krankenhaus in seiner Gesamtheit betreffen, mitgeteilt werden.
Die sich daraus ergebenderen Konsequenzen werden im ärztlichen Bereich intern besprochen und umgesetzt, ebenfalls im Zuständigkeitsbereich von Pflege und Sekretariat.

ZUSAMMENARBEIT MIT ANDEREN BERUFSGRUPPEN

Besprechungen mit benachbarten Fachgebieten finden in Bezug auf Radiologie und Anästhesiologie regelmäßig statt, s.o., mit den Neurologen werden individuell aus dem Tagesgeschäft heraus sich ergebende Kontakte und Besprechungen unterhalten bzw. geführt, die sich in dieser Form bewährt haben.
Grundsätzliche Fragestellungen und Standpunkte werden auf chefärztlicher und oberärztlicher Ebene ebenfalls spontan geführt und darüber hinaus in einem größeren Rahmen bei Bedarf geplant.
Die Neurochirurgische Klinik des St. Marien-Hospitals in Lünen orientiert sich am Leitbild des Hauses. Dabei werden neben christlich-ethisch motiviertem Handeln effektives, patientenorientiertes Arbeiten und wirtschaftliche, rationale Ausrichtung gefordert.
Dabei gibt die Führung die Ziele vor, es werden die bewährten Kommunikationsstrukturen bei der Umsetzung der Ziele genutzt. Die Führung hat die Mitarbeiter zu integrieren, die Führung ist Vorbild, sie übernimmt die Verantwortung und delegiert Verantwortung auf nachgeordnete Stellen, Bereiche und Personen. Führung soll Vorbildfunktion haben und verbindlich sein. Loyalität von Seiten der Führung zu den Mitarbeitern wird ebenso gefordert wie umgekehrt und auch zu den Beschlüssen der verschiedenen Gremien.
Die Integration von Mitarbeitern auf allen Ebenen und Ausrichtung auf ein gemeinsames Handeln vor hohem ethischen Hintergrund ist ein hohes Prinzip.
Die Integration von ausländischen Mitarbeitern ist nicht Ziel, sondern Selbstverständlichkeit.

REGELUNGEN DER MEDIZINISCHEN DOKUMENTATION

Die gesetzlichen Anforderungen zur Dokumentation müssen erfüllt werden und wurden durch Ausarbeitung entsprechender Formblätter in einer Arbeitsgruppe wesentlich erleichtert. Eine weitgehende elektronische Dokumentation in allen Prozessabläufen ist teilweise erreicht worden, bleibt weiterhin Ziel.

DIE RATIONALE FACHABTEILUNGSFÜHRUNG

Im Rahmen monatlicher Besprechungen mit Controlling und Verwaltungsdirektor werden hinsichtlich Erlös und Kostenbudget Fragen zu Benchmarking, DRG und Case-Mix-Index regelmäßig diskutiert.
Der Medikamentenverbrauch, die Kosten für Implantate und Sachmittel werden bewertet und auf das laufende Jahr umgerechnet, dabei wird eine Zielgröße formuliert, die zu erreichen ist. Inwieweit derartige Zielgrößen erreichbar sind oder den Entwicklungen angepasst werden müssen, lässt sich aus den jeweils vorgelegten Zahlen und Bewertungen ermitteln und dementsprechend durchführen.

BERÜCKSICHTIGUNGEN DER ERGEBNISSE AUS BEFRAGUNGEN

Es werden enge Kontakte mit den zuweisenden Kollegen und den Kollegen des Hauses gepflegt und alle offenen Fragen angesprochen und bei aufgetretenen Problemen Lösungen gesucht.

Eine schriftliche Befragung hat im Zeitraum 2005 nicht stattgefunden.
Schriftliche Befragungen der Patienten wurden ebenfalls in 2005 nicht durchgeführt, bei der Entlassung mindestens wird der Patient befragt, ausdrücklich auch auf die Möglichkeit Kritik zu üben, hingewiesen.

DIENSTPLANGESTALTUNG, ANGEMESSENE URLAUBSPLANUNG DER MITARBEITER

Die Dienstpläne werden gemäß den gesetzlichen Anforderungen, unabhängig von der Klinikleitung nach individueller Situation gestaltet, die Urlaubsplanung sollte zur Hälfte jeweils bei Beginn des Jahres über das Jahr verteilt festgelegt werden, ein hohes Maß an Flexibilität wird von allen Beteiligten gewünscht und gezeigt. Die persönliche Belange des Einzelnen werden, soweit wie möglich, berücksichtigt.

REGELUNGEN DER ZUSTÄNDIGKEITEN UND VERTRETUNGEN

Die Zuständigkeiten in der Neurochirurgischen Klinik sind relativ eindeutig geregelt, dennoch wird eine exakte Arbeitsplatzbeschreibung abgelehnt, da aufgrund vielfältiger, alltagsüblicher und arbeitszeitrechtlicher Bedingungen fließende Übergänge existieren.
Die typischen Arbeiten, die von Assistenten, Fachärzten, Oberärzten oder Chefarzt verrichtet werden müssen, bleiben davon unberührt. Eine Rangfolge der anfallenden Arbeiten existiert grundsätzlich nur von unten nach oben.

Für den ambulanten Bereich ist geregelt, dass der Chefarzt aufgrund seiner persönlichen Ermächtigung die dort anfallenden Arbeiten persönlich durchzuführen oder zumindest zu koordinieren und zu überprüfen hat.
Für die Notfälle ist sowohl ein diensthabender Oberarzt, wie auch ein diensthabender Assistent zuständig, dabei werden Liegendeinweisungen, aber auch mobile, notfallmäßige Einweisung in der zentralen Notaufnahme des Hauses behandelt.
Die ambulante Bestellpraxis hat dagegen einen eigenen Bereich.
Die Regelung der Zuständigkeiten ist auch abhängig von den Kompetenzen der Mitarbeiter, so dass eine dementsprechende Planung und Verteilung auf medizinische, administrative und operative Aufgaben und Bereiche erfolgt.
Bezüglich der sogenannten Mitbewerber auf neurochirurgischem Fachgebiet herrscht im Einzugsbereich des Krankenhauses eine große Konkurrenzsituation, die durchaus einen positiven Effekt hat. Es wird versucht, unter Nutzung informeller Methoden eine Marktanalyse zu erstellen, aus der heraus eine Orientierung für die Planung eigener Maßnahmen möglich ist.
Der Bedarf an medizinischen Angeboten, der sich aus derartigen Analysen ergibt, wird klinikintern auf verschiedenen Ebenen besprochen und findet ggfls. Eingang in die regelmäßig stattfindenden Konferenzen mit der Krankenhausverwaltung.
Es existieren Partnerschaften mit umliegenden Krankenhäusern und Röntgenpraxen, darüber hinaus ist die Neurologische Klinik stets erfolgreich bemüht, einen engen Kontakt zu Zuweisern und nachbehandelnden Kollegen und Kliniken zu pflegen.

5.3.5.2. PROJEKTE IN 2005

Kein Beitrag für das Berichtsjahr.

5.3.6. EXTERNE BEZIEHUNGEN & NETZWERKE

5.3.6.1. ALLGEMEINE INFORMATIONEN

Wie oben bereits gesagt gibt es im näheren und weiteren Einzugsbereich des Krankenhauses eine größere Zahl von Kliniken, Praxen und Instituten, mit denen regelmäßig zusammen gearbeitet wird, es bestehen auch persönliche Kontakte.
Die Verbindungen zu einem medizinischen Qualitätsnetz vor Ort werden durch regelmäßige Teilnahme an deren Veranstaltungen aufrecht erhalten und gepflegt.
Die Zusammenarbeit mit den Medien ist unkompliziert, sie läuft über eine eigene Abteilung, über die die erforderlichen Kontakte problemlos hergestellt werden.

5.3.6.2. PROJEKTE IN 2005

Kein Beitrag für das Berichtsjahr.

5.3.7. EXTERNE QUALITÄTSSICHERUNG, VERGLEICHE & BENCHMARKING

5.3.7.1. ALLGEMEINE INFORMATIONEN

Bezüglich der Operationen peripherer Nerven existiert eine Qualitätssicherung. Darüber hinaus findet ein Benchmarking statt, das durch den CLINOTEL-Verbund alle Neurochirurgischen Kliniken, die in diesem Verbund existieren, berücksichtigt.
Ein weiteres Benchmarking existiert innerhalb des hier zuständigen Krankenhau szweckverbandes, wo ebenfalls externe Vergleiche erfolgen.

5.3.7.2. PROJEKTE IN 2005

Kein Beitrag für das Berichtsjahr.

5.3.8. CONTROLLING, INVESTITIONS- & FINANZMANAGEMENT

5.3.8.1. ALLGEMEINE INFORMATIONEN

Wie oben bereits gesagt werden Belegungsdaten, Erlös- und Kostensituation monatlich durch Mitteilung der Controllingabteilung ermittelt und Abweichungen werden in den entsprechenden Sitzungen angesprochen, Gegenmaßnahmen diskutiert und ggfls. eingeleitet.
Das Gleiche tritt auch für die Art und Anzahl der DRGs zu. Ebenfalls der daraus ermittelte Case-Mix-Index ist Gegenstand der Diskussionen mit der Controlling-Abteilung.
Einmal jährlich findet eine krankenhausinterne Budget-Planung statt, bei der jede Krankenhausabteilung die gewünschten Investitionen nach Dringlichkeit auflistet. Nach dieser Prioritätenliste, die mit den Listen der anderen Krankenhausabteilungen nach Bedarf und Dringlichkeit abgeglichen wird, erstellt das Krankenhaus eine eigene Prioritätenliste, wobei interdisziplinäre Nutzung von Investitionen immer angestrebt wird.
Bei der Personalplanung erfolgt monatlich ein Abgleich der Soll- und Ist-Stellen, daraus werden entsprechende Konsequenzen für den Stellenschlüssel abgeleitet. Gegenwärtig werden Drittmittel nicht eingesetzt.
Der monatliche Sachmittelverbrauch wird tabellarisch nach Rang den Chefärzten zur Verfügung gestellt und im monatlich stattfindenden Gespräch erörtert. An diesen Gesprächen nehmen eine Oberärztin und die Stationsschwester teil.
Im Rahmen dieser regelmäßigen Überprüfungen wird auch der Austausch einzelner Materialien durch Wechsel der Anbieter angesprochen, wenn sich daraus eine Kostenreduzierung bei gleichbleibender Qualität erzielen lässt.

5.3.8.2. PROJEKTE IN 2005

Kein Beitrag für das Berichtsjahr.

5.3.9. EINKAUFSMANAGEMENT & LOGISTIK

5.3.9.1. ALLGEMEINE INFORMATIONEN

Die Bestellungen des Materials obliegen dem Pflegepersonal im OP, bzw. auf den Stationen und im Ambulanzbereich. Eine exzessive Vorratshaltung wird vermieden, im Bereich der Implantate werden Konsignationslager angestrebt.
Die Zusammenarbeit mit der Apotheke hat auch in diesem Bereich zu einer deutlichen Kostensenkung geführt, wobei insbesondere im Rahmen der Schmerzmittel und Antikoagulantien eine Kostensenkung erzielt wurde.

5.3.9.2. PROJEKTE IN 2005

Kein Beitrag für das Berichtsjahr.

6. WEITERGEHENDE INFORMATIONEN

Kein Beitrag für das Berichtsjahr.

7. SCHLÜSSELERGEBNISSE

In der Neurochirurgischen Klinik des St.-Marien-Hospitals Lünen verzeichneten wir 1.079 stationäre Fälle für das Jahr 2005, davon entfielen 237 auf die interdisziplinäre Intensiv-Station. Im ambulanten Bereich behandelten und betreuten wir ca. 2.500 Fälle.
Die Betreuung und Behandlung der Patienten erfolgte durch die genannten 5 Assistenten, drei Oberärzte und einen Chefarzt. Dazu standen uns etwa 12,27 Pflegekräfte im Tagdienst und 2,25 Stellen im Nachtdienst auf der Allgemeinstation zur Verfügung.
Auf der Intensiv-Station unseres Hauses werden 52 Pflegevollkräfte beschäftigt, wobei 23 Pflegevollkräfte auf der konservativen und 29 Pflegevollkräfte auf der operativen Seite eingesetzt werden.
Von den 900 Operationen entfielen auf Hirntumoren und raumfordernde Prozesse 166 Operationen.
Im Bereich der Wirbelsäule führten wir 650 Eingriffe durch, dazu zählten auch stabilisierende, instrumentierte Eingriffe und alle neurotraumatologischen Operationen im Bereich der Wirbelsäule.
Im Bereich der peripheren Nerven wurden 102 Patienten operiert, diese Operationen erfolgten im Bereich der Carpaltunnel weitgehend endoskopisch.
Die Zahl der großen, invasiven Eingriffe am Kopf bei intrazerebralen Blutungen, Hirntumoren und Gefäßmissbildungen sowie weiteren Raumforderungen belief sich auf 166.
Die Patienten auf der Allgemeinstation wurden in der Regel am 2. Tag nach stationärer Aufnahme operiert, die Verweildauer lag bei 9,32 Tagen.
Die Belegung der Neurochirurgischen (5) Betten auf der Intensiv-Station lag in 2005 bei 77,9%, die 1.426 Berechnungstage entsprechen.
Die Rate an nosokomialen Infekten des Patientengutes der Neurochirurgischen

Klinik lag bei 11%.
Revisionsoperationen bei primärer oder sekundärer Wundinfektion waren im Jahre 2005 nicht erforderlich.
Auf der Allgemeinstation verstarben in 2005 infolge ihrer Erkrankung 4 Patienten.
Von den neurochirurgischen Patienten auf der Intensiv-Station überlebten 19 Patienten ihre Erkrankung oder Verletzung nicht, was einen Prozentsatz von 7,42% entspricht.
Bei 5 Patienten wurden nach den strengen, gesetzlichen Richtlinien der Hirntod festgestellt und eine Organspende durchgeführt.
Seitens der Radiologischen Abteilung ist die Möglichkeit zur Teilnahme am PACS-System im unserem Hause gegeben, so dass an allen Bildschirmarbeitsplätzen der Zugriff auf sämtliche Nativ- und computergesteuerten Aufnahmen (MR und CT) möglich ist.
Der neurochirurgische Operationssaal wurde komplett erneuert, es erfolgte im Jahre 2005 ein erneuter Umzug in einen größeren und besser ausgestatteten Op-Saal.
Im Rahmen der ambulanten Patientenversorgung konnte eine erhebliche Steigerung erzielt werden. Es ist weiterhin angestrebt, die Krankenhausliegedauer zu Gunsten einer ambulanten Versorgung, vor allen Dingen im nachstationären Bereich zu verkürzen.
Hierzu wurde bereits im Jahre 2004 ein ambulantes Operationszentrum, das dem ganzen Haus zur Verfügung steht, neu geschaffen und personell aufgestockt. Es ist daher möglich, einmal wöchentlich zum Op-Programm im Zentral-Op, ambulante Operationen über einen ganzen Werktag durchzuführen.

8. ZUSAMMENFASSUNG & AUSBLICK

Die Neurochirurgische Klinik des St.-Marien-Hospitals in Lünen ist durch gemeinsame Anstrengungen der ärztlichen Mitarbeiter, der Mitarbeiter des Pflegedienstes und der Verwaltung, wie auch schon in den Jahren zuvor, erfolgreich bestrebt, sich den Gegebenheiten und Entwicklungen im Gesundheitswesen auf neurochirurgischen Gebiet zu stellen, anzupassen und qualitativ fortzuentwickeln, dabei sind Aktivitäten für das QS-Management zwar nicht abgeschlossen, werden aber für das Jahr 2006 angestrebt, so dass das Zertifizierungsverfahren nach KTQ abgeschlossen werden sollte.
Durch regelmäßige, innerbetriebliche und innerklinische Mechanismen ist es möglich geworden, die Effizient der Abläufe auf administrativem und operativem Gebiet zu steigern.
Nicht erreicht wurde eine durchgängige Dokumentation der Klinikstandards, wobei in dieser Richtung gearbeitet wird und ein ohnehin schon, wenn auch nicht klar schriftliche fixiert, aber doch sehr stringentes Verfahren durchgängig praktiziert worden ist.

Die verpflichtenden, gesetzlich vorgeschriebenen QS-Maßnahmen bei der Evaluierung der operativen Behandlung von Engpass-Syndromen im Bereich der peripheren Nerven ist in 2005 analog den Vorgaben umgesetzt worden.
Auch nosokomiale Infekte werden krankenhausweit erfasst.
In Verbindung mit der Qualifikation des neurochirurgischen Chefarztes für den Bereich neurochirurgische Intensiv-Medizin werden, insbesondere für die Kopf- und Hirnchirurgie, auf traumatologischem und nichttraumatologischem Gebiet neue Akzente gesetzt, so dass die Hoffnung besteht, dass am St.-Marien-Hospital in Lünen eine schwerpunktmäßige Versorgung von Hirnerkrankungen und Schädelhirnverletzungen zukünftig existieren wird.
Wir haben berechtigte Hoffnung, dass sich die Wettbewerbsfähigkeit unseres Krankenhauses durch derartige Maßnahmen steigern lässt, zumal eine gute Kooperation mit umgebenden Kliniken und Rettungsleitzentralen existiert.
Gerade in dieser Hinsicht hat sich die Zusammenarbeit mit der Anästhesiologie und operativen Intensivmedizin durch hohe Flexibilität steigern lassen.
Nachteilig wirkt sich leider die strikt kostendämpfende Politik der Krankenkassen aus, für Rücktransporte nach neurochirurgischer Akutversorgung in
das zuweisende Krankenhaus, die Transportkosten nicht mehr zu übernehmen.
Da wir aber weder Patienten noch zuweisende Stellen in dieser Richtung im Stich lassen dürfen, sind wir dazu übergegangen die Kosten häufig selbst zu übernehmen, was eine erhebliche Belastung unseres Budgets darstellt.

9. CHRISTLICHKEIT, ETHIK UND SPIRITUALITÄT

Die Klinik für Neurochirurgie im St.-Marien-Hospital in Lünen folgt christlichen Traditionen, was sich im Leitbild unseres Hauses dokumentiert.
Auf historischem Boden gewachsen besteht in diesem Haus durchgängig seit über 150 Jahren ein karitativer Gedanke, dessen Leitbild allgemein getragen wird.
Trotz der im wahrsten Sinne Zwangsjacke von Personalpolitik und effizienter Betriebswirtschaft, gelingt es eine Atmosphäre zu schaffen, die den Patienten ihren Aufenthalt bei Krankheit oder Verletzung erleichtert und annehmbar empfinden lässt.
Es ist erfreulich, dass eine hohe Präsenz der Klinikseelsorge für die christlichen Konfessionen besteht, die sich gleichermaßen, sofern gewünscht, auch um die Menschen nichtchristlicher Religionen kümmert.
Ausdrücklich wird darauf hingewiesen, dass in den Bereichen Christlichkeit, Ethik und Spiritualität Begriffe, wie Zielplanung, Benchmarking, Qualitätssicherung und DRGs Fremdwörter bleiben sollen.

Dr. med. R. Harre
Chefarzt
21.02.2006/Wr.

VII-X ABTEILUNG FÜR RADIOLOGISCHE DIAGNOSTIK

1. Vorwort ... 332
2. Verfasser ... 332
3. Basisinformationen ... 332
3.1. Inhalte, Auftrag & Ziele ... 332
3.2. Organisationsstrukturen, Leitung & Zuständigkeiten ... 333
3.3. Personal ... 333
3.3.1. Stellenplan & Qualifikationen ... 333
3.3.2. Weiterbildungsermächtigung(en) ... 333
3.3.3. Traineeprogramme, Praktika & Hospitationen ... 333
3.3.4. Lehre, Forschung & Entwicklung ... 334
3.4. Leistungsspektrum, Schwerpunkte & Serviceangebote ... 335
3.5. Planbetten ... 335
4. Technische Ausstattung ... 335
5. Qualitätssicherung ... 335
5.1. Strukturen & Organisation ... 335
5.2. Methoden & definierte Verfahren ... 336
5.3. Prozesse ... 336
5.3.1. Patientenversorgung ... 336
5.3.2. Mitarbeiter ... 337
5.3.3. Sicherheit & Umwelt ... 337
5.3.4. Datenschutz & Datensicherheit ... 339
5.3.5. Organisation, Führen & Leiten ... 340
5.3.6. Externe Beziehungen & Netzwerke ... 340
5.3.7. Externe Qualitätssicherung, Vergleiche & Benchmarking ... 341
5.3.8. Controlling, Investitions- & Finanzmanagement ... 341
5.3.9. Einkaufsmanagement & Logistik ... 341
6. Weitergehende Informationen ... 341
7. Schlüsselergebnisse ... 342
8. Zusammenfassung & Ausblick ... 342
9. Christlichkeit, Ethik & Spiritualität (optional) ... 343

1. VORWORT

Die Abteilung für Radiologische Diagnostik im St.-Marien-Hospital Lünen versteht sich als zentrale Funktionsabteilung. Die im SMH vorhandenen 15 Abteilungen haben entsprechend ihren Abteilungsinhalten ein umfangreiches Anforderungsprogramm an die Radiologische Abteilung. Die Mitarbeiter/innen der Abteilung für Radiologische Diagnostik müssen diesem Anspruch Rechnung tragen. Die Arbeitsgebiete in meiner Abteilung umfassen die konventionelle Diagnostik, Spezialuntersuchungen und die Schnittbilddiagnostik. Vorhanden sind ein Digitaler Subtraktions–Angiographie-Arbeitsplatz, ein Spiral–CT und in Kooperation mit der am Ort befindlichen Radiologischen Praxis ein Kernspintomographiegerät. In der Abteilung für Radiologische Diagnostik sind neben Fachärzten für Radiologie und Ärzten in Facharzt-Ausbildung, MTRAs, Mitarbeiterinnen der Röntgenanmeldung und des Sekretariats tätig.

2. VERFASSER

Der Qualitätsbericht für Jahr 2005 wurde verfasst von:
Dr. med. Schröder
Chefarzt

3. BASISINFORMATIONEN
3.1. INHALT, AUFTRAG & ZIELE

Der Auftrag der Abteilung für Radiologie liegt in der Ausbildung von Ärzten mit dem Ziel des Facharztes für Diagnostische Radiologie, welche dann eigenverantwortlich in diesem Beruf tätig werden. Wichtiger Bestandteil dabei ist die Ausbildung in der Basisradiologie und interventionellen Radiologie, um auch die technischen Grundlagen des Faches in der sogenannten Schnittbildradiologie (CT und MRT) zu erlernen.
Als Hilfestellung dienen die Richt- und Leitlinien, wie sie von der Arbeitsgemeinschaft der Deutschen Röntgengesellschaft und der Akademie für Fort- und Weiterbildung aufgestellt wurden. Darüber hinaus werden alle Mitarbeiter angehalten, die Umsetzung des Gesundheitsstruktur–Modernisierungsgesetzes durchzusetzen. Die Fortbildung stellt in allen Bereichen einen richtungsweisenden Schwerpunkt dar.
Ein wichtiger Gesichtspunkt der täglichen Tätigkeit bildet unter anderem auch die Beachtung der „rechtfertigenden Indikation" zur Röntgenuntersuchung. So findet die ausführliche und zeitgerechte Patientenaufklärung im besonderen auch vor invasiv–röntgendiagnostischen als auch invasiv–therapeutischen Maßnahmen sehr große Beachtung. Akribisch wird dabei auch auf das Vorliegen der entsprechenden Laborergebnisse (Kreatinin, Quick, TSH basal) geachtet. Um möglichst schwerwiegende Folgeerscheinungen nach KM–Gabe oder nach Interventionen zu verhindern, ist ein Studium der Patientenakte unumgänglich, auch um etwaige Doppeluntersuchungen etc. zu vermeiden.

3.2. ORGANISATIONSSTRUKTUR, LEITUNG & ZUSTÄNDIGKEITEN

Die Abteilung wird geführt von Herrn Chefarzt Dr. med. Schröder. Unterstützt wird er dabei von den Herren Oberärzten Dr. Lückel und Popkiewicz
sowie den ärztlichen Mitarbeiter/innen

- Assistenzärztin Frau Ecke
- Assistenzärztin Frau Kirchhoff
- Assistenzarzt Herr Stehmann

Die Leitung auf dem Gebiet der MTRAs obliegt Herrn Andreas Jung (EDV– Koordinator).
Die Position der Chefarztsekretärin hat Frau Rolle inne.

3.3. PERSONAL

3.3.1. STELLENPLAN & QUALIFIKATIONEN

Zur Zeit sind sechs Ärzte in der Abteilung für Radiologische Diagnostik tätig. Es handelt sich dabei um sechs Vollzeitkräfte.
Herr Chefarzt Dr. med. Schröder, Facharzt für Diagnostische Radiologie mit zusätzlicher Schwerpunktausbildung in Neuroradiologie und Strahlentherapie.
Herr Oberarzt A. Popkiewicz, Facharzt, Arzt für Diagnostische Radiologie mit zusätzlicher Schwerpunktausbildung in Neuroradiologie und Strahlentherapie.
Herr Oberarzt Dr. Lückel, Arzt für Diagnostische Radiologie mit zusätzlicher Schwerpunktausbildung in Neuroradiologie, EDV–Koordinator.
Frau Assistenzärztin S. Ecke.
Frau Assistenzärztin U. Kirchhoff.
Herr Assistenzarzt O. Stehmann.

3.3.2. WEITERBILDUNGSERMÄCHTIGUNG

Herr Chefarzt Dr. med. Schröder besitzt die Facharztbezeichnungen „Arzt für Strahlentherapie“ und „Arzt für Diagnostische Radiologie“ mit der Zusatzqualifikation „Arzt für Neuroradiologie“. Auch verfügt er über die Ermächtigung zur vollen Facharztweiterbildung für das Fach Radiologie (48 Monate). Das SMH ist seit dem 01.10.05 dem Akademischen Lehrkrankenhaus der Westfälischen Wilhelms- Universität Münster angeschlossen. Zeitgleich wurde dem Chefarzt der Radiologischen Klinik ein Lehrauftrag „Ausbildung in der Krankenanstalt im Fach Radiologie“ übertragen.

3.3.3. TRAINEEPROGRAMME, PRAKTIKA & HOSPITATIONEN

Meine ärztlichen Mitarbeiter/innen und ich sind Mitglieder der Deutschen Röntgengesellschaft, der Rheinisch–Westfälischen Röntgengesellschaft, des interdisziplinären Brust–Zentrums im Raum Dortmund e.V., gehören dem Kompetenznetz für Brusterkrankungen an und verfügen über Mitgliedschaft in der Akademie für Weiterbildung.

Die zur Radiologie gehörenden Maßnahmen „Vertebroplastien und Kyphoplastien“ haben sich in den letzten Monaten etabliert und einen nicht wegzudenkenden Platz in meiner Abteilung eingenommen.
Interne und externe Aus- und Weiterbildungen meiner Mitarbeiter/innen werden selbstverständlich wahrgenommen.
Herr Oberarzt Dr. Lückel führt derzeit in unserem Haus, nachdem er sich intensiv in Zusammenarbeit mit der Neuroradiologie der Universitätsklinik Essen mit dieser Methode auseinander gesetzt und sie erlernt hat, das „Coiling“ ein.
Folgende Kongresse und Seminare wurden von mindestens einem ärztlichen Mitarbeiter der Abteilung besucht:

- Europäischer Röntgenkongress in Wien
- Röntgenkongress Ulm
- Röntgenkongress Berlin
- Fachkunde für Strahlenschutz
- Teilnahme an neuroradiologischen Kongressen
- Vertebroplastie und Kyphoplastie, Leiden
- Veranstaltung an der Uni Köln, Organisation des Brustzentrums
- Gastroenterologisches Forum, Lünen
- Mammadiagnostik und bildgesteuerte Biopsie, Hamm
- Neuroradiologie der intracraniellen Sehbahn, Teil I + II
- Kongress „Entzündliche Erkrankungen der Gallenblase und der -wege“
- Konventionelle Thoraxdiagnostik im Neugeborenen- und Kindesalter
- Berufliche Strahlenexposition
- Komplexe Erkrankungen der thoracalen und abdominellen Aorta, Münster
- Aktuelles zur Diagnostik und Therapie des Ovarial-Carcinoms

Klinisch-pathologische Konferenz
Indikation und Anwendung der Vakuumbiopsie der Brust unter Ultraschallsicht
Mamma-Interventionen, Göttingen
Vertebroplastie und Kyphoplastie, Marburg
Lokale Fortbildungsveranstaltungen im SMH
Multidetektor–CT des Herzens: Aktueller Stand Münster
„Neuroradiologie aktuell“ (Hamburg)
Stellenwert der Ganzkörperbildgebung in der Schnittbilddiagnostik (Minden)

3.3.4. LEHRE, FORSCHUNG & ENTWICKLUNG

Durch Vortragsreihen finden hausinterne Fortbildungsmaßnahmen statt, dieses vornehmlich auch im Rahmen des AKTIVUM. Ebenfalls wird eine Diskussionsebene mit dem lokalen Qualitätsnetz unterhalten.

3.4. LEISTUNGSSPEKTRUM, SCHWERPUNKTE & SERVICEANGEBOTE

Zum Leistungsspektrum der Abteilung für Diagnostische Radiologie gehören die konventionelle und interventionelle Radiologie, die Angiographie, Dilatation und Stent –Einlage. Mit der Anwendung der Schnittbilddiagnostik wurden folgende Leistungszahlen erreicht: Spiral–CT (über 6.000 pro Jahr), MRT (über 2.500 pro Jahr). Ermächtigungen liegen sowohl für ambulante Angiographien als auch für Dünndarmuntersuchungen (Sellink) vor. Es wurden in der interventionellen Radiologie 110 Wirbelkörpervertebroplastien und 19 -kyphoplastien durchgeführt, so dass im Jahr 2005 die Anzahl der zementoplastierten Wirbel mit insgesamt 129 zu beziffern ist.

Die Radiologische Klinik ist auf dem Ausbildungssektor der MTRA–Schule, Fachbereich Radiologie, dem Klinikum Dortmund, Klinikdirektor Herr Prof. Dr. Matthias, angeschlossen. Die Leitung der Schule obliegt Frau Ring–Baltruweit.

Durch die am Haus tätige Diplom-Physikerin, Frau Olthoff, und den Diplom–Physiker, Herrn Peters, erfährt die Abteilung für Diagnostische Radiologie eine sehr große Unterstützung.

3.5. PLANBETTEN

Die Abteilung für Diagnostische Radiologie ist keine bettenführende Klinik. Es erweist sich jedoch immer wieder als unproblematisch, Patienten, welche beispielsweise zu Vertebroplastien oder Kyphoplastien zu uns kommen, auf hausinternen Stationen unserer Klinik unterzubringen. (Unfallchirurgie).

4. TECHNISCHE AUSSTATTUNG

Die Abteilung verfügt über ein Spiral–CT, ein Tesla–Kernspintomographiegerät (dieses jedoch in Kooperation mit einer Praxis), ein Digitales–Subtraktions– Angiographiegerät (Polystar), ein Mammographiegerät sowie darüber hinaus alle gängigen Arbeitsplätze für die konventionelle Diagnostik.

5. QUALITÄTSSICHERUNG

5.1. STRUKTUR & ORGANISATION

Struktur und Organisationen des Qualitätsmanagement im Bereich meiner Abteilung sind im Aufbau; siehe Einrichtung des Brustzentrums in Zusammenarbeit mit den entsprechenden Abteilungen.

- Die Abteilungsleitung ist zuständig,
- für das Management der täglichen Arbeit und Anforderungen,
- für das Management der Aus- und Weiterbildung,
- für das Management der interpersonellen Strukturen,
- Regelung der Strahlenhygiene,
- Zusammenarbeit mit den Diplom-Physikern in unserem Hause,
- Zusammenarbeit mit den jeweiligen Fachdisziplinen,
- Interne und externe Präsentation der Abteilung

- Einführung neuerer Untersuchungsmethoden oder Therapieoptionen
- Zur Zeit spezielle Aus- und Weiterbildung im Hinblick auf das Brustzentrum
- Schwerpunktmäßige Delegation der Aufgabenbereiche an die jeweiligen Ober- bzw. Assistenzärzte.

MITARBEITERSTAB

Ein Chefarzt
Zwei Oberärzte
Zwei Assistenzärztinnen
Ein Assistenzarzt

5.2. METHODEN & DEFINIERTE VERFAHREN

Eine Zertifizierung der Abteilung ist noch nicht durchgeführt.

5.3. PROZESSE
5.3.1. PATIENTENVERSORGUNG
5.3.1.1. ALLGEMEINE INFORMATIONEN

Sicherheit vor und während der Untersuchungsmaßnahmen für die uns anvertrauten Patienten und Mitarbeiter.
Untersuchungsprotokolle werden für sämtliche Röntgenuntersuchungen erstellt. Die Untersuchungsabläufe bei CT-, Kernspintomographie–Untersuchungen und Interventionen sind systematisiert. Es besteht ein 24-Stunden Bereitschaftsdienst in Verbindung mit einem MTRA–Anwesenheitsdienst.
Bei Abweichungen von Protokollen kann rasch reagiert werden. Die Versorgung sämtlicher Patienten basiert auf o.g. Grundlage.

5.3.1.2. PROJEKTE IN 2005

Beispielhaft soll folgendes Projekt dargestellt werden.
Procedere bei der Durchführung von Vertebroplastien und Kyphoplastien. Präoperativ werden neben der umfassenden Aufklärung des Patienten Röntgenuntersuchungen der Wirbelsäule durchgeführt, anschließend kernspintomographische Bestätigung, Vorstellung in der anästhesiologischen Abteilung zum Prämedikationsgespräch, Durchführung der mikroinvasiven Eingriffe in Intubationsnarkose, Nachbeobachtung im Aufwachraum, Visite am ersten und zweiten postoperativen Tag, telefonisches Kontrollgespräch nach zehn Tagen, hundert Tagen und einem Jahr.
Beginnende Qualifikation und Zertifizierung im Rahmen des Brustzentrums (siehe gynäkologische Abteilung).
Einführung der Aneurysmabehandlung durch das „Coiling“ z.B. bei Verschlusserkrankungen intracranieller Aneurysmen.
Aufklärungsgespräche vor Interventionen und vorgesehener Kontrastmittel-Applikation. (Keine eigenen Klinikbetten).

5.3.2. MITARBEITER

5.3.2.1. ALLGEMEINE INFORMATIONEN

Schnelle Integration neuer Mitarbeiter und Nutzung personeller Ressourcen. Ein eingeführtes Rotationsverfahren an allen zur Verfügung stehenden Arbeitsplätzen hat sich sehr bewährt.
Jeder neue ärztliche Mitarbeiter/in wird schnell und umfassend unter Anleitung von Fachärzten in die jeweiligen Aufgabenbereiche eingeführt. Ziel ist eine möglichst schnelle Hinführung des jeweiligen Assistenzarztes zu eigenverantwortlicher Durchführung der Röntgenuntersuchungen- und techniken mit dem Ziel einer zeit- und qualitätsgerechten Ausbildung zum Facharzt für Diagnostische Radiologie. Es werden jedem ärztlichen Mitarbeiter Zeiten zur Verfügung gestellt, um Vortrags-, Kurs- und Kongressangebote wahrnehmen zu können. Dies gilt für interne, externe und auch internationale Fortbildungsveranstaltungen. Ein Angebot, das sowohl ärztliche Mitarbeiter/innen als auch Medizinisch-technische-Assistenten/innen wahrnehmen können. Große Zufriedenheit unter den Mitarbeiter/innen und einer daraus resultierenden geringen Fluktuation.

5.3.2.2. PROJEKTE IN 2005

Intensivierende Fortbildungsveranstaltungen im Rahmen des neu eingeführten Brustzentrums.
Erlernen der stereotaktischen Mammographie.
Ausbildung von MTRAs zur Fachassistentin für mammographische Untersuchungen und Ausbildung von MTRAs in der Kernspintomographie der weiblichen Brust.

5.3.3. SICHERHEIT & UMWELT

5.3.3.1 ALLGEMEINE INFORMATIONEN

Einhaltung der gesetzlich vorgeschriebenen Regelungen. Der Evakuierungsplan liegt jedem zugänglich in der Röntgen-Anmeldung. Sowohl der Hygieneplan als auch die Anleitung zur KM-Applikation sind im Intranet abrufbar. Derzeit finden gesetzlich vorgeschriebene kontrollierte Prüfungen über Fachkunde im Strahlenschutz statt. Der Chefarzt und ein Oberarzt sind Strahlenschutzbeauftragte. Bei Personal- Neueinstellungen sind selbstverständlich diese Bescheinigungen vorzulegen und werden auf ihre Aktualität überprüft.
Die gesetzlichen Bestimmungen werden eingehalten.

5.3.3.2. PROJEKTE IN 2005

5.3.3.2.1. OP- VORBEREITUNG ZUR DURCHFÜHRUNG EINER VERTEBROPLASTIE ODER KYPHOPLASTIE IM F–RAUM (RÖNTGENABTEILUNG)

Patient (Name, Geburtsdatum)

1. Terminabsprache mit der Anästhesie
2. Telefonische Absprache zur Aufnahme in der Chirurgischen Ambulanz
3. Welche Labor- oder Röntgenuntersuchungen müssen praeoperativ noch angeordnet werden (nur die angekreuzten):

I. Labor

O Hämoglobin
O Leukozyten
O Thrombozyten
O PTT
O Quick
O TSH (nur bei Kyphoplastie)

II. Radiologische Befunde

O Röntgenaufnahmen der BWS in zwei Ebenen
O Röntgenaufnahmen der LWS in zwei Ebenen
O Szintigramm
O Computertomographie
O Kernspintomographie

III. Allgemeine anamnestische Patientendaten

O Liegt ein COPD vor?
O Liegt eine erhebliche cardiale Erkrankung vor?

Frage: Herzschrittmacher, Rhythmusstörungen, Herzinfarkt ?

O Pat. über 80 Jahre, immer Thorax in zwei Ebenen
O EKG (auf jeden Fall bei Herzschrittmacher-patienten)

4. Patientenaufklärung durch Ärzte der Radiologischen Abteilung
5. Patientenaufklärung durch Ärzte der Anästhesie–Abteilung
6. OP–Termin im F– Raum festlegen
7. Patient am OP-Tag nüchtern lassen
8. Auf welcher Station liegt der Patient
9. Knochendichtemessung (Anmeldung bei OA Dr. Gerlach) ggf. Therapie bei Osteoporose festlegen
10. Physiotherapeutische Maßnahmen empfehlen.

5.3.3.2.2. HYGIENE

Siehe besonderen Umgang mit MRSA–Patienten (Merkblatt und Isolierungsprotokoll der Hygieneabteilung unseres Hauses).
Vorgehen bei Fällen von ansteckungsfähiger Tuberkulose (s. Merkblatt von Dr. med. Peters, Ärztin für Arbeitsmedizin im Hause und Hygienebeauftragte).

5.3.3.2.3. STRAHLENSCHUTZ

- Belehrungen (auch durch Diplom-Physiker/in, s. Röntgenverordnung)
- Kontrolle der Aktualisierung im Strahlenschutz
- Kontrolle der rechtfertigenden Indikation nach § 23RVO
- Ausführliche Aufklärung der Patienten insbesondere vor interventionellen Techniken und kontrastmittelgestützten Untersuchungen (Computertomographie, Angiographie, Dilatationen, Stenteinlagen, Urogramm, Phlebographien, Myelographien).
- Externe Fortbildungen
- Erstellung von Arbeitsanweisungen (AA) und SOPs (Standard Operation Procedures)
- Dosisreduktion für Patienten und Personal
- Qualitätssicherung nach § 16RVO

Durchführung der radiologischen Untersuchungen nach den Leitlinien der Bundesärztekammer und nach den Leitlinien der Deutschen Röntgengesellschaft.

5.3.4. DATENSCHUTZ & DATENSICHERHEIT

5.3.4.1. ALLGEMEINE INFORMATION

Datenschutz und -sicherheit sind durch strenge Vergabe von Zugangsberechtigungen (EDV-Abteilung, Leiter Herr Plomann) gewährleistet.
Jeder Arzt wird bei der Einstellung in dieses Krankenhaus zur Schweigepflicht verpflichtet.
Es gibt inviduelle Zugangsberechtigungen für MTRAs und Ärzte.
Die Herausgabe von Röntgenbildern und Befunden auf Papier oder CD wird nur auf besonderer Anforderung von niedergelassenen Ärzten oder medizinischen Einrichtungen durchgeführt.
Videokonferenzen laufen über verschlüsselte Datenleitungen (VPN).

5.3.4.2. PROJEKTE IN 2005

Es wurden im Rahmen des Brustzentrums eine Brustzentrumsbesprechung und im Rahmen eines evtl. einzuführenden onkologischen Zentrums eine entsprechende Zentrumsbesprechung eingeführt. Diese Zusammenkünfte und Besprechungen finden in verschlossen und abgetrennten Räumen statt.

5.3.5. ORGANISATION, FÜHREN & LEITEN

5.3.5.1. ALLGEMEINE INFORMATIONEN

Eingeführt ist das PACS mit Unterstützung der Spracherkennung. Des weiteren läuft das RIS, das Radiologieinformationssystem. Rein technisch arbeiten wir mit dem Speicherfoliensystem. Es besteht eine sehr enge Zusammenarbeit mit der EDV-Abteilung unter Leitung von Herrn Plomann. Desweiteren ist eine enge Kooperation mit der Leitung und Stellvertretung der MTRAs durch Herrn Jung gegeben. Sämtliche Arbeitsabläufe in der Abteilung sind ausgearbeitet mit Arbeitsanweisungen und Standard Operation Procedures (SOPs).
Herr Oberarzt Dr. Lückel koordiniert die Arbeit zwischen RIS und PACS.
Unter der Leitung der Physikexpertin Frau Dipl.-Physikerin Olthoff werden Konstanzprüfungen täglich, wöchentlich und monatlich in Kooperation mit den MTRAs durchgeführt.
Es läuft eine Qualitätskontrolle im Austausch mit den ärztlichen Stellen, der Ärztekammer Westfalen-Lippe gemäß der Strahlenschutzverordnung §83,1.
Die Röntgenabteilung organisiert Röntgendemonstrationen mit zahlreichen Fachdisziplinen.

5.3.5.2. PROJEKTE IN 2005

Einführung der Teleradiologie entsprechend der Röntgenverordnung §2

5.3.6. EXTERNE BEZIEHUNGEN & NETZWERKE

5.3.6.1 ALLGEMEINE INFORMATIONEN

Intensiver fachlicher Austausch mit niedergelassenen Radiologen. Zusammenarbeit mit dem lokalen Qualitätsnetz. Das Haus verfügt über einen PR–Manager. Die Zusammenarbeit mit den niedergelassenen Kollegen ist insgesamt, so auch im Qualitätszirkel, intensiv und gut. Zu den benachbarten Krankenhäusern wird eine enge Beziehung unterhalten. Unser Krankenhaus ist eingebunden im Clinotel–Verbund. Schnelle Befundübermittlung, z.B. engste Zusammenarbeit mit der am Ort niedergelassenen Radiologischen Gemeinschaftspraxis, mit Fachpraxen und Allgemeinpraxen.

5.3.6.2. PROJEKTE IN 2005

- Teleradiologie
- Brustzentrum Unna
- Universitätsklinikum Essen

5.3.7. EXTERNE QUALITÄTSSICHERUNG, VERGLEICHE & BENCHMARKING

5.3.7.1. ALLGEMEINE INFORMATIONEN

Durch die Qualitätssicherungsstelle der Ärztekammer und durch das Gewerbeaufsichtsamt finden engmaschige Kontrollen statt. Eine weitere Kontrollfunktion haben die am Haus tätigen Diplomphysiker/in. Richtungsweisend sind für uns die Leitlinien der Deutschen Röntgengesellschaft.

5.3.7.2. PROJEKTE IN 2005

Die zentrale Abteilung für Radiologie ist mit anderen internen Abteilungen nicht vergleichbar.

5.3.8. CONTROLLING, INVESTITIONS- & FINANZMANAGEMENT

5.3.8.1. ALLGEMEINE INFORMATIONEN

Einhaltung der Budgetvorgaben, schnelle Reaktion bei veränderter Kostensituation. Kontrolle hierfür erfolgt durch die Verwaltung unseres Hauses. Innerhalb regelmäßiger Gespräche mit der Krankenhausleitung werden die Planzahlen für verschiedene Bereiche festgelegt. Eine Auswertung der IST-Werte erfolgt regelmäßig durch den Chefarzt der Abteilung. In den letzten fünf Jahren wurde das Abteilungsbudget eingehalten.

5.3.8.2. PROJEKTE IN 2005

MTRA-Mitarbeiterbesprechungen. Informationen sämtlicher Mitarbeiter über stattfindende Fortbildungsveranstaltungen. Mitarbeit in der Mitarbeitervertretung.

5.3.9. EINKAUFSMANAGEMENT, LOGISTIK & VERTRÄGE

5.3.9.1. ALLGEMEINE INFORMATIONEN

Senkung von Kosten der medizinischen Verbrauchsgüter bei hoher Qualität. Zusammenarbeit mit dem AGKAMED, so dass für einen möglichst günstigen, jedoch auch qualitätskontrollierten Wareneinkauf gesorgt ist. So konnten in den letzten Jahren die Kosten für medizinische Verbrauchsgüter der Abteilung deutlich gesenkt werden.

5.3.9.2. PROJEKTE IN 2005

Vorbereitungen und Planungen zur Umgestaltung der Röntgenabteilung. Zahlreiche Sitzungen mit dem Technischen Leiter, dem Verwaltungsleiter, dem Leiter der EDV und mit den ärztlichen Kollegen der Röntgenabteilung. Geplant ist die Anschaffung eines Multislice-Computertomographen.

6. WEITERGEHENDE INFORMATIONEN

Siehe Homepage St. Marien–Hospital Lünen

7. SCHLÜSSELERGEBNISSE

In den letzten Jahren gab es keinerlei Beanstandungen von Seiten der Prüfärzte der Ärztekammer Westfalen-Lippe.
Die Strahlenbelastung ist in den zurückliegenden Jahren, im besonderen bei der Digitalen Subtraktions-Angiographie und der Computertomographie, deutlich reduziert worden.

8. ZUSAMMENFASSUNG & AUSBLICK

Das wesentliche Ziel einer zentralen Röntgenabteilung ist die schnellstmögliche und professionelle Beantwortung aller Fragen und Anforderungen, die sämtliche Fachkliniken unseres Hauses 24 Stunden/Tag an uns richten. Es ist dabei von höchstem Stellenwert sowohl richtige Diagnosen zu stellen, als auch unseren Patienten eine professionelle Therapie angedeihen zu lassen. Untersuchungen, Befundungen und Demonstrationen der Untersuchungsergebnisse müssen am gleichen Tag stattfinden, um so dem Anspruch auf möglichst geringe Patientenaufenthaltstage Rechnung zu tragen. Ein weiteres Ziel ist neben der Diagnostik auch die Anwendung interventioneller Verfahren (Vertebroplastie und Kyphoplastie). Oberstes Gebot ist dabei, die Schmerzsituation für den Patienten auf ein erträgliches Level zu reduzieren und ihm so wieder zu einer größeren Lebensqualität zu verhelfen.
Die optimale Patientenbetreuung ist das eigentliche Qualitätsziel.

Zielvorstellungen:

- Vertiefung der interdisziplinären Kooperationen
- Wöchentliche Konferenzen im Rahmen des Brustzentrums
- Wöchentliche Konferenzen im Rahmen des Onkologischen Tumorzentrums
- Ausbau interventioneller Techniken wie Kyphoplastie, Vertebroplastie, Coiling und Radiofrequenzapplationen von Metastasen im Bereich der Leber

Die Abteilung soll gerätetechnisch auf den neuesten Stand gebracht werden:
Dazu ist die Installation eines Multislize-CTs, eines 1,5 Tesla MRT-Gerätes zur Durchführung von Cardio-MR, Angio-MR, MRCP dringend angezeigt.
Vorbereitung zur Installation einer Stroke unit.

9. CHRISTLICHKEIT, ETHIK & SPIRITUALITÄT

Der nationale Ethikrat (E. Münch) versteht unter Ökonomie die Lehre von der optimierten Verwendung aller Ressourcen. Er konstatiert, dass es ein Primat der Ökonomie nicht gibt, sondern allenfalls dass sich ärztliches Handeln unter dem Primat der Ökonomie ändert.

Inwieweit in einem konfessionellen Haus die Religiosität das Abteilungsmanagement bestimmt, mag unterschiedlich interpretiert werden. Die Möglichkeit zu einem persönlich-religiösen Gespräch kann auf Wunsch durch die jeweiligen Vertreter beider christlichen Kirchen, welche in diesem Haus angestellt sind, erfolgen.

VII-XI SCHMERZTHERAPEUTISCHES ZENTRUM

1.	Vorwort	345
2.	Verfasser	345
3.	Basisinformationen	345
3.1.	Inhalte, Auftrag & Ziele	345
3.2.	Organisationsstrukturen, Leitung & Zuständigkeiten	345
3.3.	Personal	346
3.3.1.	Stellenplan & Qualifikationen	346
3.3.2.	Weiterbildungsermächtigung(en)	346
3.3.3.	Traineeprogramme, Praktika & Hospitationen	346
3.3.4.	Lehre, Forschung & Entwicklung	346
3.4.	Leistungsspektrum, Schwerpunkte & Serviceangebote	348
3.5.	Planbetten	349
4.	Technische Ausstattung	349
5.	Qualitätssicherung	349
5.1.	Strukturen & Organisation	349
5.2.	Methoden & definierte Verfahren	350
5.3.	Prozesse	350
5.3.1.	Patientenversorgung	350
5.3.2.	Mitarbeiter	352
5.3.3.	Sicherheit & Umwelt	354
5.3.4.	Datenschutz & Datensicherheit	356
5.3.5.	Organisation, Führen & Leiten	357
5.3.6.	Externe Beziehungen & Netzwerke	358
5.3.7.	Externe Qualitätssicherung, Vergleiche & Benchmarking	359
5.3.8.	Controlling, Investitions- & Finanzmanagement	359
5.3.9.	Einkaufsmanagement & Logistik	360
6.	Weitergehende Informationen	360
7.	Schlüsselergebnisse	360
8.	Zusammenfassung & Ausblick	362
9.	Christlichkeit, Ethik & Spiritualität	363

1. VORWORT

Ein strukturiertes Berichtswesen hat im Schmerztherapie Zentrum Lünen eine Tradition und erreicht mit dem nach SGB V § 137 geforderten Qualitätsbericht ein neues, qualitatives Niveau. Unser Qualitätsbericht spiegelt nicht nur die hervorragenden medizinischen Ergebnisse wieder, sondern beschreibt zukunftweisende strukturelle Veränderungen (ambulanter Palliativdienst) und würdigt das hohe Engagement von Mitarbeitern, welche ihre Arbeitskraft weit über das Maß der täglich zu erbringenden Arbeitszeit zum Wohle der von uns zu versorgenden Patienten zur Verfügung stellen.

2. VERFASSER

Dr. med. E. A. Lux
Ltd. Oberarzt

3. BASISINFORMATIONEN

3.1. INHALT, AUFTRAG & ZIELE

Auftrag und Ziel des schmerztherapeutischen Zentrums ist die ambulante und stationäre Behandlung von chronisch schmerzkranken Patienten, die ambulante Betreuung palliativmedizinisch zu versorgender Patienten, die Organisation und Durchführung eines fachübergreifenden Akutschmerzdienstes in den operativ tätigen Kliniken des St.-Marien-Hospitals sowie das Leisten eines zeitnahen Konsiliardienstes zu schmerztherapeutischen und palliativmedizinischen Fragestellungen in allen Fachabteilungen des St.-Marien-Hospitals. Ziel unserer Arbeit ist nach rationeller Diagnostik das Einleiten und Überwachen einer suffizienten Schmerztherapie bei akut wie chronisch unter Schmerzen leidender Patienten. Darüber hinaus finden, getragen durch Mitarbeiter des schmerztherapeutischen Zentrums, Aus-, Fort- und Weiterbildungen von Pflegenden und Ärzten mit schmerz- und palliativmedizinischen Inhalten statt. Die Gründung eines Palliativvereins unter dem Dach unserer Klinik schafft Voraussetzungen für den Aufbau weiterer palliativmedizinischer Strukturen, in dessen Mittelpunkt im kommenden Jahr die Organisation einer palliativmedizinischen Brückenpflege steht wird.

3.2. ORGANISATIONSSTRUKTUR, LEITUNG & ZUSTÄNDIGKEITEN

Dem Leiter der Abteilung, Herrn Dr. med. E. A. Lux, untersteht ein Facharzt für Anästhesie, welcher jährlich zum Zwecke der schmerztherapeutischen Ausbildung aus der Klinik für Anästhesie- und Intensivtherapie in das Schmerztherapeutische Zentrum im Rotationsprinzip wechselt, darüber hinaus eine Dipl. Psychologin. Die Fachkrankenschwestern, denen Herr Dr. Lux als Leiter der Abteilung weisungsbefugt ist, unterstehen im direkten Unterstellungsverhältnis der Bereichsleitung OP/Anästhesie/Ambulanzen. Die Sekretärin untersteht der Verwaltung, Herr Dr. Lux ist weisungsbefugt

3.3. PERSONAL

3.3.1. STELLENPLAN & QUALIFIKATIONEN

Ärzte	zwei
Diplompsychologin	eins
Krankenschwestern	zwei
Sekretärin (78 %)	eins

3.3.2. WEITERBILDUNGSERMÄCHTIGUNG

Der leitende Oberarzt besitzt die komplette Weiterbildungsermächtigung zum Erlangen der Zusatzbezeichnung „Spezielle Schmerztherapie“ für ein Jahr.
Der leitende Oberarzt besitzt die Weiterbildungsermächtigung zum Erlangen der Zusatzbezeichnung „Palliativmedizin“.
Der leitende Oberarzt besitzt die komplette Weiterbildungsermächtigung zum Erlangen der durch die kassenärztliche Vereinigung erteilten Teilnahme am Ersatzkassenvertrag für chronisch schmerzkranke Patienten.

3.3.3. TRAINEEPROGRAMME, PRAKTIKA & HOSPITATIONEN

Die Abteilung steht durch Publikation in den Organen der Ärztekammer, der kassenärztlichen Vereinigung, der Deutschen Gesellschaft zum Studium des Schmerzes (DGSS) sowie der Deutschen Gesellschaft für Schmerztherapie (DGS) als Hospitationseinrichtung zur Verfügung.

3.3.4. LEHRE, FORSCHUNG & ENTWICKLUNG

Mitgliedschaften bzw. Arbeiten in Fachgesellschaften, Gremien etc.

Dr. Lux ist

- Mitglied der IASP, DGSS und Leiter eines regionalen Zentrums der DGS, DGP
- Prüfer bei der Ärztekammer zur Erlangung der Zusatzbezeichnung „Spezielle Schmerztherapie“
- Prüfer bei der Ärztekammer zur Erlangung der Zusatzbezeichnung „Palliativ-Medizin“
- Visitor ist im Rahmen der Krankenhauszertifizierung (KTQ und Procumcert)

Frau Dipl. Psychologin Schiermeyer ist

- Mitglied in der DGSS

Frau Petra Paul ist

- Mitglied der DGSS, DGS und DGP

SCHWERPUNKTE, PROJEKTE UND STUDIEN

40-stündiger Weiterbildungskurs nach dem Curriculum der Bundesärztekammer „Palliativtherapie für Ärzte“, mehrfach jährlich, zertifiziert durch die Landesärztekammer mit 42 Punkten (Kursleiter Dr. Lux).
160-stündiger Weiterbildungskurs nach dem Curriculum der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin „Palliative Care für Pflegende“, mehrfach jährlich (Kursleiter P. Paul).
monatliche interdisziplinäre Schmerzkonferenz am letzten Mittwoch des Monats 16.30 Uhr bis 18.00 Uhr, zertifiziert durch die Landesärztekammer mit drei Punkten, die DGSS und die DGS (Leiter Dr. Lux).
monatlicher Qualitätszirkel „Schmerz und Palliativmedizin“, zertifiziert durch die Landesärztekammer mit drei Punkten.
Teilnahme an einer Multicenterstudie zur Opiattherapie bei Polyneuropathie initiiert durch CHILTERN International.
Teilnahme an der Deutschen Multicenterstudie zum Vergleich von Lebensqualität unter Opiattherapie bei Tumorpatienten initiiert durch die Firma Mundipharma.

PUBLIKATIONEN, VORTRÄGE, POSTER, PREISE DOZENTENTÄTIGKEIT DR. LUX

Umfangreiche Vortragstätigkeit auf Kongressen, Fachtagungen und lokalen wie überregionalen Weiterbildungsveranstaltungen

BEISPIELE

16 Vorträge im Rahmen von Weiterbildungsveranstaltungen zu schmerztherapeutischen und palliativmedizinischen Themen in Deutschland
Dozententätigkeit im Rahmen der Schmerzwoche DGSS Mayerhofen/Österreich 05/2005
Organisation und Leitung der Sommerakademie Palliativmedizin im August 2005 in Dierhagen
Organisation und Leitung von Basiskursen der ÄK Westf.-Lippe „Palliativmedizin“

DOZENTENTÄTIGKEIT FRAU DIPL. PSYCHOLOGIN BIRGIT SCHIERMEYER, PSYCHOLOGISCHE PSYCHOTHERAPEUTIN MIT DEM SCHWERPUNKT VERHALTENSTHERAPIE

Im Rahmen der Krankenpflegeausbildung am St.-Marien-Hospital Lünen
Im Rahmen der Weiterbildung für Anästhesie und Intensivpflege des St.-Marien-Hospitals Lünen
Im Rahmen der Fortbildung „Palliativmedizinische Grundversorgung“ für Ärzte
Im Rahmen der Fortbildung „Palliativ Care“ für Pflegende

DOZENTENTÄTIGKEIT PETRA PAUL (FACHKRANKENSCHWESTER UND PSYCHOTHERAPEUTIN)

Krankenpflegeschule des St.-Marien-Hospitals Lünen
Im Rahmen des Jahreskongresses der DGSS
Im Rahmen des Jahreskongresses der Sächsischen Hausärzte
Im Rahmen des Grundkurses algesiologische Fachassistenz in Köln
Im Rahmen des Aufbaukurses algesiologische Fachassistenz in Köln
Grundkurs Palliativmedizin für Ärzte in Dierhagen

AUS- UND WEITERBILDUNGSANGEBOTE DER ABTEILUNG

- Durchführung des 160-stündigen Curriculums „Palliative Care für Pflegende“
- Durchführung eines 40-stündigen Weiterbildungskurses „Palliativmedizin für Ärzte“ der Landesärztekammer

3.4. LEISTUNGSSPEKTRUM, SCHWERPUNKTE & SERVICEANGEBOTE

SCHMERZAMBULANZ

Im Jahre 2005 ambulant betreute Patienten: ca. 2.000

- Ermächtigungsambulanz mit Betreuung von durchschnittlich 550 Patienten/Quartal
- Ambulante Betreuung von Patienten mit SCS-Systemen und intrathekalen Pumpen
- Ambulante häusliche Betreuung von Tumorpatienten im Rahmen der Palliativmedizin (effektive Symptomkontrolle, ganzheitlicher Betreuungsansatz für den Patienten und seinen Angehörigen) mit einer steigenden Zahl von Hausbesuchsleistungen (Hausbesuche bei 87 Patienten).

PAIN-SERVICE IN DER POSTOPERATIVEN SCHMERZTHERAPIE

- perioperativer Schmerzdienst in den chirurgisch orientierten Abteilungen des St.-Marien-Hospitals Lünen mit jährlicher Anlage von ca. 550 PCA-Pumpen
- Schmerztherapeutischer Konsiliardienst in den chirurgischen und nicht chirurgischen orientierten Kliniken des St.-Marien-Hospitals Lünen mit jährlich ca. 1.000 Patienten

SELBSTHILFEGRUPPEN

Zwei Mal wöchentlich stattfindende Selbsthilfegruppe für chronisch schmerzkranke Patienten unter Leitung der Psychotherapeutin Frau Paul

3.5 PLANBETTEN

Das schmerztherapeutische Zentrum verfügt über fünf Planbetten (laut Krankenhausplan des Landes NRW) nach § 108/109 SGB V zum Stichtag 31.12. des Berichtjahres 2005

Belegung	121 Patienten
Anteil Männer/Frauen	35/86
Durchschnittliche Verweildauer	14,34 Tage

4. TECHNISCHE AUSSTATTUNG

EDV-Ausstattung in allen Arztzimmern, ambulanten Funktionsräumen sowie dem Sekretariat
Spezielle Software zur Diagnostik und Verwaltung chronisch schwerkranker Patienten (Quast)
Internetzugang
Ein Camcorder und ein elektrischer Fotoapparat
Drei Laptops und ein Beamer
Funktelefone für alle Ärzte, Schwestern sowie der Psychologin für den Klinikeinsatz, ein Funktelefon (D2-Netz) für den ambulanten Palliativdienst

	Vorhanden		24 h-Verfügbar	
Bezeichnung	**Ja**	**Nein**	**Ja**	**Nein**
Computertomographie (CT)	x		x	
Magnetresonanztomographie (MRT)	x		x	
Herzkatheterlabor	x		x	
Szintigraphie	x			x
Positronemissionstomographie (PET)		x		x
Elektroenzephalogramm (EEG)	x			x
Angiographie	x		x	
Schlaflabor		x		x

5. QUALITÄTSSICHERUNG
5.1. STRUKTUREN & ORGANISATION

Es gibt keinen qualitätsbeauftragten Mitarbeiter
Dr. Lux besitzt einen Abschluss „Ärztliches Qualitätsmanagement“ Stufe III der Landesärztekammer Niedersachsen und ist als Visitor bei KTQ und Procumcert akkreditiert
Dr. Lux ist Mitglied der DRG-Arbeitsgruppe der Klinik

5.2. METHODEN & DEFINIERTE VERFAHREN

- Seit Januar 2004 existiert ein Qualitätszirkel „Schmerz- und Palliativmedizin“, welcher aus Klinikärzten und niedergelassenen Kollegen besteht und jeweils am letzten Mittwoch des Monats zwischen 18.00 Uhr und 19.00 Uhr tagt (Moderation Dr. Lux)
- Zur Sicherung der Behandlungsqualität findet jeden Morgen in der Zeit von 08.30 Uhr – 09.00 Uhr eine interdisziplinäre Teamsitzung (Pflege von Station, Pflege aus der Ambulanz, Psychologin, Ärzte, Sekretärin) statt
- Zwei Mal tägliche Visite bei den stationären Schmerzpatienten (09.00 Uhr –10.00Uhr und 16.15Uhr bis 16.30Uhr)
- Zwei Mal tägliche Visite bei den postoperativ zu versorgenden Akutschmerzpatienten, hier erfolgt im Bereich der Gynäkologie seit Oktober 2003 eine strukturierte Erfassung der Ergebnisqualität mittels Fragebogen
- Zur Sicherung der Prozessqualität existieren Standards für alle häufigen ärztlichen Arbeitsmethoden sowie ein Einarbeitungsstandard für den jährlich rotierenden Assistenzarzt

5.3. PROZESSE
5.3.1. PATIENTENVERSORGUNG
5.3.1.1. ALLGEMEINE INFORMATIONEN

Sicherstellung der multimodalen interdisziplinären Behandlung der stationär schmerztherapeutisch behandelten Patienten.

Grund und **Ziel** ist die Sicherstellung eines qualitativ hochwertigen Diagnose- und Therapieregimes bei wirtschaftlichem Ressourceneinsatz.

Vor jeder stationären Aufnahme eines Patienten wird der Patient entweder ambulant in der Schmerzambulanz, im Hausbesuchdienst oder im Rahmen des Konsiliardienstes fachärztlich untersucht. Jeder Patient erhält einen standardisierten Patientenfragebogen der DGSS, welcher mittels Quast-Programm standardisiert ausgewertet wird. Für die bei der AOK, Bundesknappschaft oder der Barmer Ersatzkasse versicherten Patienten wird vor der stationären Aufnahme eine Kostenzusage schriftlich per Fax-Übermittlung eingeholt. Während der stationären Behandlung erfolgt Montag bis Freitag zwei Mal pro Tag, Samstag und Sonntag ein Mal pro Tag eine Visite, zwei Mal pro Tag eine Schmerzmessung.

Durch den am Aufnahmetag ausgehändigten Tagesplan sind dem Patienten die täglich zur gleichen Zeit wiederkehrenden Therapiemaßnahmen (Visite, psychotherapeutische Gruppenbehandlung) bekannt.

Nahezu alle Patienten werden nach der Entlassung aus der stationären Behandlung in der Schmerzambulanz oder im Hausbesuchsdienst erneut gesehen und füllen den Fragebogen zur standarisierten Verlaufsbeobachtung erneut aus.

Durch die Auswertung der standarisierten Verlaufsdokumentation sind Rückschlüsse auf die Effizienz und Nachhaltigkeit unserer schmerztherapeutischen Behandlung möglich. Anwendung der Verlaufsbeobachtung ambulanter schmerztherapeutisch behandelter Patienten mittels Quast im Tagesprotokoll und vierteljährlichen Verlaufsprotokoll.

WEITERE STANDARDISIERTE VERFAHREN IM BEHANDLUNGSPROZESS

- standardisiertes Aufnahme- und Entlassungsverfahren der Patienten
- standardisierte Nutzung von Vorbefunden
- Visiten, Montag bis Freitag finden zwei Mal pro Tag Visiten auf der Schmerzstation statt, samstags und sonntags wird ein Mal am Tag eine Visite auf der Schmerzstation durchgeführt; zwei Mal wöchentlich (Dienstag und Freitag) wird die Visite mit dem Stationsarzt und dem Ltd. Oberarzt gemeinsam durchgeführt

BESPRECHUNGEN UND KONFERENZEN

Montag bis Freitag morgendliche, 30-minütige Teamsitzung
Ein Mal pro Monat (letzter Mittwoch) interdisziplinäre Schmerzkonferenz
Anwendung internationaler Empfehlung, Verfahren mit Leitlinie/Standards
22 standardisierte schmerztherapeutische Verfahren, welche im Qualitätshandbuch der Abteilung niedergelegt sind

SCHMERZTHERAPIE

In der Klinik für Allgemeinchirurgie, Unfallchirurgie und Gynäkologie wurde ein standardisiertes schmerztherapeutisches Behandlungskonzept für alle Patienten erarbeitet

5.3.1.2. PROJEKTE IN 2005

PLANUNG VON OP-KAPAZITÄTEN

Seit Januar 2005 existiert ein geregeltes Verfahren zur Bereitstellung von OP-Kapazitäten. In einem standardisierten Formular erfolgt die OP-Anmeldung mit gewünschtem Zeitkorridor und Datum per FAX an das Sekretariat der Abteilung für Anästhesie/Intensivtherapie.

ERFASSUNG DER PATIENTENZUFRIEDENHEIT

Befragungen zur Patientenzufriedenheit fanden im Jahre 2005 im Rahmen der Akutschmerztherapie statt.

5.3.2. MITARBEITER
5.3.2.1. ALLGEMEINE INFORMATIONEN

EINARBEITUNG ÄRZTLICHE MITARBEITER:

Einarbeitung des jährlich aus der Klinik für Anästhesie und Intensivtherapie in das Schmerztherapeutische Zentrum rotierenden Facharztes für Anästhesie.
Möglichst rasche Integration des Mitarbeiters in die Organisationsabläufe des SZT, um die personellen Ressourcen schnellstmöglich nutzen zu können.
Dem Chefarzt der Klinik für Anästhesie/Intensivmedizin liegen die schriftlich formulierten Voraussetzungen für die einjährige Tätigkeit seiner Mitarbeiter im SZT vor.
Sechs Monate vor Aufnahme seiner Tätigkeit erfolgt ein Gespräch mit Dr. Lux mit dem Ziel der transparenten Darstellung der zu erwartenden Tätigkeit sowie der Absprache zur Urlaubsplanung. Für die erste Woche der Tätigkeit im SZT steht ein standardisiertes Einarbeitungskonzept zur Verfügung.
Der neue Mitarbeiter wird frühzeitig in die Lage versetzt, sich in die Teamarbeit des schmerztherapeutischen Zentrums zu integrieren und selbständige Arbeiten zu übernehmen. Die Arbeitszufriedenheit steigt durch Transparenz der zu erwartenden Tätigkeit und die Realisierung einer zufriedenstellenden Urlaubsplanung.
Zur Evaluation des Mitarbeiteinarbeiterkonzeptes finden vierteljährliche Mitarbeitergespräche zwischen Dr. Lux und dem ärztlichen Mitarbeiter, der Psychologin, den Fachkrankenschwestern und der Sekretärin statt.

MASSNAHMEN ZUR ERHALTUNG DER MITARBEITERZUFRIEDENHEIT:

Es existiert eine allen Mitarbeitern zugängliche Bibliothek, eine durch Herrn Dr. Lux mit ausgesuchten Buchtiteln bestückte Assistenzarztbibliothek in dessen Arbeitszimmer sowie dem Zimmer der Schwestern. Die umfangreiche Bibliothek der Abteilung, welche im Zimmer von Dr. Lux untergebracht ist, steht allen Mitarbeitern auf Wunsch während der Regelarbeitzeit zur Verfügung.
Es gibt einen Internetanschluss, wo eine Datenrecherche im Internet für alle Mitarbeiter möglich ist.
Die Fort- und Weiterbildung erfolgt auf Wunsch der einzelnen Mitarbeiter (es werden pro Jahr fünf Tage Weiterbildungsurlaub gewährt).
Allen Mitarbeitern wird die Möglichkeit eingeräumt, Reisekosten bzw. Seminarkosten für Fort- und Weiterbildungen von der Personalabteilung des Hauses versehen mit einem Anschreiben von Dr. Lux zu beantragen.
Als interne Pflichtfortbildungen für ärztliche Mitarbeiter gelten die jeweils am letzten Mittwoch des Monats in der Zeit von 16.30Uhr bis 18.00Uhr stattfindenden Schmerzkonferenzen, diese gelten nicht als Arbeitszeit.
Von den Mitarbeitern des SZT besuchte Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen

DR. LUX

- Besuch der Jahreskongresse der DGS (Frankfurt am Main) Mai 2005 und DGSS (Bremen) Oktober 2005
- Teilnahme DGSS Schmerzwoche Mayerhofen, Österreich (März 2005)
- Weltschmerzkongress Sydney August 2005
- HAI (Hauptstadt-Kongress für Anästhesie/Intensivmedizin) Juni 2005
- Adviser-Report Meeting („Pain") September 2005 in Berlin
- Deutscher Palliativ-Kongress Aachen September 2005

FRAU SCHIERMEYER

- regelmäßige Supervision mit dem Ziel der Zertifizierung als psychologische Schmerztherapeutin
- regelmäßige Teilnahme an Schmerzkonferenzen

FRAU PAUL

- Aufbaukurs zur algesiologischen Fachassistenz in Köln, Vortrag Januar 2005
- Arbeitskreistreffen: med. Assistenzberufe der DGSS Januar 2005
- 3. Kurswoche - Palliativ Care, Kursleitung Januar 2005
- 4. Kurswoche – Palliativ Care, Kursleitung, Februar 2005
- Grundkurs zur alg. Fachassistenz in Kremmen, Vortrag, Februar 2005
- Palliativ Level 2, Teil 2, fünf Tage in Bonn, März 2005
- DGS Kongress in Frankfurt, März 2005
- Pflegesymposium in Köln, März 2005
- Palliativkongress in Aachen, April 2005
- Grundkurs zur algesiologischen Fachassistenz in Celle, April 2005
- Grundkurs zur algesiologischen Fachassistenz in Köln, April 2005
- Kursleitertreffen in Bonn, zwei Tage, Mai 2005
- Schmerzwoche in Mayerhofen, fünf Tage, Mai 2005
- Arbeitskreistreffen: med. Assistenzberufe der DGSS, Mai 2005
- Arbeitskreistreffen: Schmerz im Alter der DGSS, Juni 2005
- Aufbaukurs zur algesiologischen Fachassistenz in Celle, Vortrag, Juli 2005
- Sommerakademie Dierhagen, Vortrag: Überleitung, August 2005
- Weltschmerzkongress in Sydney, August 2005
- Palliativ Level 2, Teil 3, fünf Tage in Bonn, September 2005
- Kursleitertreffen in Xanten, Oktober 2005
- Aufbaukurs zur algesiologischen Fachassistenz in Köln, Vortrag, , Oktober 2005
- 1. Kurswoche PC für Pflege in Lünen, Kursleiter, Oktober 2005
- DGSS Schmerzkongress Bremen, Vortrag, Oktober 2005
- Grundkurs zur algesiologischen Fachassistenz Köln, Vortrag, November 2005
- Akutschmerzkongress Köln, Dezember 2005
- Aufbaukurs zur algesiologischen Fachassistenz in Kremmen, Vortrag, Dezember 2005

HERR SINDI

- monatliche Teilnahme an der Schmerzkonferenz im St.-Marien-Hospital Lünen
- Teilnahme PAIN Fortbildung im Hause (Grünenthal)

Schmerztherapiekurs nach der Empfehlung der Ärztekammer (Westerland/Sylt)
Fortbildung Bandscheibenendoprothetik – Alternative zur Fusion? (St. Christophorus Krankenhaus in Werne), November 2005

PERSONALBEDARFSPLANUNG

Es gibt kein geregeltes Verfahren zur Personalbedarfsplanung. Dem Verwaltungsdirektor wurde kommuniziert, dass die über eine Einzelermächtigung erzielten Einnahmen die Finanzierung einer weiteren Arztplanstelle ermöglichen, um die im großen Stil anfallenden Überstunden, welche bisher weder finanziell noch in vertretbarem Maße in Freizeit abgegolten werden, abzubauen. Eine Entscheidung der Betriebsleitung steht aus.

MITARBEITERORIENTIERUNG

Es finden vierteljährliche Mitarbeitergespräche statt, deren Inhalt dokumentiert wird. Im Bereich der Pflege kommt ein Arbeitszeiterfassungssystem per EDV zur Anwendung.
Die ärztliche Dienstplangestaltung (Wochenenddienste) wird jeweils für zwei Monate, ca. vier bis acht Wochen vor Aktualität durch den leitenden Oberarzt und den Assistenzarzt besprochen.
Leistungskomponenten bei der Gehaltsstruktur kommen nicht zum Einsatz.

5.3.2.2. PROJEKTE IN 2005

Kein Beitrag für das Berichtsjahr.

5.3.3. SICHERHEIT & UMWELT
5.3.3.1. ALLGEMEINE INFORMATIONEN

AUFKLÄRUNG

Zeitgerechte Patientenaufklärung vor diagnostischen oder therapeutischen Eingriffen. Ziel ist es, dass alle Patienten vor diagnostischen oder therapeutischen Eingriffen mit relevanter Gefährdung ein rechtzeitiges (24h vor dem Eingriff) Aufklärungsgespräch erhalten, welches schriftlich fixiert und mit Unterschrift dokumentiert wird.
Durch die täglich (Montag bis Freitag) stattfindenden Teamsitzungen (8.30 Uhr bis 09.00 Uhr) ist eine zeitgerechte Planung der diagnostischen und therapeutischen Abläufe möglich.
Als **Ergebnis** ist festzustellen, dass nach Einführung der Teamsitzung einschließlich der Teilnahme der jeweils in der Schicht verantwortlichen Pflegekraft von

der Station C2 alle Patienten rechtzeitig ihr Aufklärungsgespräch erhalten und somit Verzögerungen bei der Durchführung der geplanten diagnostischen oder therapeutischen Eingriffe unterbleiben.
Kontinuierlich werden aufgetretene Problemfälle analysiert und ein Verbesserungspotenzial aufgezeigt.

HYGIENE

Hygienestandards zur Durchführung invasiver diagnostischer und therapeutischer Eingriffe sind in den entsprechenden Durchführungsstandards hinterlegt.
Es gibt für die Mitarbeiter verbindlich Regelungen bei Nadelstichverletzungen, beim Auftreten arbeitsrelevanter Infektion (Hepatitis, AIDS).

ARBEITSSICHERHEIT- UND UNFALLSTATISTIK

Zwei Mal pro Jahr findet eine Unterweisung aller Mitarbeiter (ggf. eine Nachunterweisung in Arbeitssicherheit und zur Unfallverhütung statt).

KATASTROPHENSCHUTZPLÄNE

Ein aktueller Plan zum Verhalten der Mitarbeiter in Katastrophensituationen existiert zentral.

BRANDSCHUTZ

Brandschutzunterweisungen haben im Jahre 2005 nicht stattgefunden.

STRAHLENSCHUTZ

Die Ärzte in der Abteilung verfügen über die notwendige Sachkunde Strahlenschutz.
Alle strahlenexponierten Mitarbeiter (Ärzte, Schwestern) sind mit einem Dosimeter ausgestattet, welches in regelmäßigen Abständen gewechselt (überprüft) wird.

MEDIZINPRODUKTEGESETZ

Die Verantwortlichkeiten nach dem Medizinproduktegesetz sind geregelt, alle Mitarbeiter sind in die einweisungspflichtigen Geräte eingewiesen, Dokumentation im Gerätebuch.

TRANSFUSIONSWESEN

Die Klinik verfügt über ein Qualitätssicherungssystem.

SICHERHEIT VON PATIENTEN

Ein Standard zur „Fixierung von Patienten“ existiert nicht.

SICHERHEIT BEI DER INFORMATIONSWEITERGABE

Die Weitergabe von Patienteninformationen an Dritte ist in einem Standard geregelt.

UMWELT

Gemäß den klinikweiten Regelungen findet eine Mülltrennung im Funktionsbereich und der Station statt.

MEDIZINISCHES NOTFALLMANAGEMENT

Die Abteilung verfügt über ein standardisiertes Instrumentarium (Sauerstoffgerät, Laryngoskop, Medikamente) zur Beherrschung von medizinischen Notfällen. Das Notfallequipment wird monatlich durch die leitende Schwester überprüft.

5.3.1.2. PROJEKTE IN 2005

Kein Beitrag für das Berichtsjahr.

5.3.2. DATENSCHUTZ & DATENSICHERHEIT
5.3.4.1. ALLGEMEINE INFORMATIONEN

UMGANG MIT PATIENTENDATEN

Weitergabe von Patientendaten an Auskunftsstellen.
Ziel ist die Vermeidung nicht gerechtfertigter Herausgabe von Patientendaten an unberechtigte Dritte.
Patientenbriefe, Patientenbefunde, Laborbefunde etc. werden an Dritte nur nach Rücksprache und Anweisung von Dr. Lux weitergegeben.
Das stringente Vorgehen führt zur Vermeidung der Verletzung des Datenschutzes.
Durch die Krankenhausleitung gegebene Hinweise zu möglichen Änderungen in juristischer Hinsicht werden in der Teamkonferenz ausgewertet und in das Handeln einbezogen.

AUSKUNFT AN ANGEHÖRIGE

Die Auskunft an Angehörige erfolgt nur im Beisein des betroffenen Patienten und auf dessen eindrückliche Bitte hin.

AUSKUNFT AN KRANKENKASSEN

Im Rahmen der stationären Aufnahme des Patienten erhält die Krankenkasse lediglich einen allgemeinen Antragsbrief. Sofern durch die Krankenkasse eine Überprüfung durch den MDK erfolgt, werden dem MDK-Arzt im verschlossenen Umschlag auf dem Wege über die Krankenkasse die Patientendaten zur Verfügung gestellt.

GEWÄHRLEISTUNG DES DATENSCHUTZES IN DEN BEREICHEN SCHMERZAMBULANZ UND STATION

Die Anamneseerhebung des Patienten erfolgt entweder in den schallgeschützten Räumen der Schmerzambulanz oder im Patientenzimmer, wobei nach Möglichkeit weitere sich im Zimmer befindende Patienten das Patientenzimmer verlassen sollten.
Sicherheit im Umgang mit Patientendaten.
Alle Patientenakten werden in zu verschließenden Aktenschränken verwahrt.
Alle Dienstzimmer werden nach Verlassen abgeschlossen, alle Bildschirmarbeitsplätze nach Verlassen des Arbeitsplatzes geschlossen.

5.3.4.2. PROJEKTE IN 2005

Kein Beitrag für das Berichtsjahr.

5.3.5. ORGANISATION, FÜHREN & LEITEN

5.3.5.1. ALLGEMEINE INFORMATIONEN

INFORMATIONSFLUSS IN DER ABTEILUNG

Nutzen der Mitarbeiterressourcen durch umfangreiche, zeitadäquate Information. Durch eine umfangreiche universelle und aktuelle Informiertheit aller Mitarbeiter zu aktuellen Problemen, Anweisungen etc. werden organisatorische Abläufe optimiert. Es findet täglich (Montag bis Freitag) eine Teamsitzung aller Teammitglieder in der Zeit von 08.30 Uhr bis 09.00 Uhr statt, welche am Dienstag ggf. durch die zuständige Physio- und die Kunsttherapeutin ergänzt wird.
Im **Ergebnis** dieser Maßnahme wurde von den Mitarbeitern dennoch ein Defizit in der Informiertheit zu Problemen, Therapieverfahren etc. geäußert, welche nicht in der täglichen Teamsitzung aufgrund begrenzter Zeitressourcen (30') besprochen werden können.
Als **Maßnahme** wurde eine zusätzliche halbe Stunde 14-tägig, Dienstag 8.00 Uhr bis 8.30 Uhr, zur Diskussion aktueller Probleme in der Abteilung sowie der Informationsweitergabe beschlossen.

ANGEMESSENE URLAUBSPLANUNG

Im Monat Dezember erfolgt mit Stichtag 31.12. die Urlaubsplanung durch gegenseitige kollegiale Absprache.

FESTLEGUNG

Es kann jeweils nur ein Arzt und eine Schwester gleichzeitig Urlaub gewährt bekommen

5.3.5.2. PROJEKTE IN 2005

Kein Beitrag für das Berichtsjahr.

5.3.6. EXTERNE BEZIEHUNGEN & NETZWERKE
5.3.6.1. ALLGEMEINE INFORMATIONEN

NETZWERK PALLIATIVMEDIZIN

Schaffen eines Netzwerkes Palliativmedizin in der Stadt Lünen und deren unmittelbarer Umgebung (Einzugsbereich unserer Klinik).
Realisierung einer qualitativ hochwertigen und effizienten Versorgung von palliativmedizinisch zu versorgenden Patienten.
Durch Gründung eines gemeinnützigen Vereines „Palliativdienst" ist es möglich, über Drittmittel und Spenden eine Fachschwester mit palliativmedizinischer Erfahrung einzustellen, welche die Überleitung von palliativmedizinisch zu versorgenden Patienten aus der Klinik in den ambulanten Bereich mit der Schnittstelle zu ambulanten Pflegediensten und niedergelassenen Ärzten regelt und qualitätssichernd in Zusammenarbeit mit den Ärzten des schmerztherapeutischen Zentrums und den niedergelassenen Kollegen eine hohe Behandlungsqualität zu gewährleisten.
Die Vermeidung nicht notwendiger Krankenhauswiederaufnahme. Die sich heraus abzuleitenden Maßnahmen werden im Qualitätszirkel „Schmerz und Palliativmedizin" mit den Krankenhausärzten und den niedergelassenen Kollegen diskutiert und ausgewertet.

Zusammenarbeit mit

- niedergelassenen Ärzten

Dr. Lux ist Mitglied im Ärzteverein der Stadt Lünen sowie im Qualitätsnetz Lüner Ärzte

- Patienten

das schmerztherapeutische Zentrum organisiert eine Selbsthilfegruppe chronisch schmerzkranker Patienten

- Medien

Im Jahr 2005 wurden drei Aktivitäten des SZT in den regionalen Medien Erwähnung geschenkt

- Selbsthilfegruppe

Seit acht Jahren trifft sich unter Leitung von Frau Paul zwei-wöchentlich Montags für zwei Stunden eine Selbsthilfegruppe chronisch schmerzkranker Patienten.

5.3.6.2. PROJEKTE IN 2005

Kein Beitrag für das Berichtsjahr.

5.3.7. EXTERNE QUALITÄTSSICHERUNG, VERGLEICHE & BENCHMARKING

5.3.7.1. ALLGEMEINE INFORMATIONEN

Beispiel:
Teilnahme an einem Benchmarking-Projekt „PAIN-DETECT“.

5.3.7.2. PROJEKTE IN 2005

Kein Beitrag für das Berichtsjahr.

5.3.8. CONTROLLING, INVESTITIONS- & FIRANZMANAGEMENT

5.3.8.1. ALLGEMEINE INFORMATIONEN

NUTZUNG VON KENNZAHLEN

ZIEL

Ist die konsequente Einhaltung der Kennzahlen wie obere/untere Grenzverweildauer der definierten DRG, Patientenverweildauer, Bettenbelegung, Verbrauchsmittel. Monatliche Diskussion der aktuellen Zahlen mit dem Verwaltungsdirektor, dem Medizinischen Controlling sowie Dr. Lux, Frau Paul als Abteilungsschwester sowie der leitenden Schwester der Station C2.
Während der letzten Jahre konnten die vorgegebenen Ziele stets erreicht werden, die finanziellen Ressourcen für Verbrauchsmaterialien wurden um 1/3 gesenkt.
Durch weitere stringente Diskussion der gefassten realistischen Ziele ist eine weitere Effektivität der finanziellen Ressourcen möglich.

VERWENDUNG VON DRITTMITTELN

Drittmittel werden aufgrund neuer Rechtssprechung im Rahmen der Antikorruptionsgesetzgebung nicht mehr eingeworben, ergeben sich jedoch durch Teilnahme an von der Geschäftsleitung genehmigten Studien, Anwendungsbeobachtungen, etc..
Die Verwendung der durch die Abteilung erarbeiten „Drittmittel“ erfolgt im Interesse der Abteilung für Investitionen nach Antrag von Dr. Lux an den Verwaltungsdirektor.

5.3.8.2. PROJEKTE IN 2005

Kein Beitrag für das Berichtsjahr.

5.3.9. EINKAUFSMANAGEMENT & LOGISTIK

5.3.9.1. ALLGEMEINE INFORMATIONEN

- Vermeidung des Verfalles von Verbrauchsmaterial
- Geringe Haltung von eigenen Lagerbeständen, Vermeidung von Verfall

Innerhalb der Abteilung erfolgt die Lagerung von Verbrauchsgegenständen, Katheter, Venülen etc. nach dem Verfallsdatum im Schrank von vorne nach hinten. Die leitende Abteilungsschwester kontrolliert monatlich die Bestände, um ggf. noch rechtzeitig vor Erreichen des Verfallsdatums das Material mit anderen Stationen auszutauschen.
Im Verlauf des letzten Jahres sind keine Verbrauchsmaterialien aufgrund von Verfall entsorgt worden.
Beibehaltung der eingeschlagenen Methodik. In Zukunft sollen Mindest -und Höchstmengen von zu lagernden Materialien festgelegt und im Qualitätshandbuch dokumentiert werden.

5.3.9.2. PROJEKTE IN 2005

Kein Beitrag für das Berichtsjahr.

6. WEITERGEHENDE INFORMATIONEN:

Kein Beitrag für das Betriebsjahr.

7. SCHLÜSSELERGEBNISSE

SCHMERZAMBULANZ

Seit dem 2. Quartal 2005 ist durch die „Qualitätssicherungsvereinbarung zur Betreuung schmerzkranker Patienten“ der K.V. eine Patientenzahl pro Quartal auf 300 begrenzt. Da bisher alleinig Dr. Lux über eine Einzelermächtigung verfügt, muss die bis dahin hohe Patientenzahl von ca. 550 Patienten pro Quartal schrittweise reduziert werden. Zur Sicherstellung der Versorgung sind Anträge auf Ermächtigung für den jährlich rotierenden Assistenzarzt sowie die Dipl.-Psychologin Frau Schiermeyer gestellt worden.

SCHMERZTHERAPIESTATION

Die Zahl der stationär behandelten Schmerzpatienten wurde wiederum geringfügig zum Vorjahr gesteigert, wobei die Verweildauer der Patienten um einen Belegungstag reduziert werden konnte. Auf hohen Niveau erfolgt inzwischen die zeitnahe Verschlüsselung der Daten zur DRG-Abrechnung in Form von ICD 10- und OPS-Kodierung.

AKUTSCHMERZDIENST

Im Jahre 2005 gab es einen personellen Wechsel der im Akutschmerzdienst täglich eingesetzten Schwester. Die Qualität der Dokumentation ist jetzt deutlich angestiegen, täglich finden Montag bis Freitag zwei Mal/die Visiten des Akutschmerzdienstes bei den Patienten auf den chirurgischen Stationen statt, samstags und sonntags erfolgt jeweils eine einmalige Visite durch den diensthabenden Arzt des schmerztherapeutischen Zentrums.

AMBULANTER PALLIATIVDIENST

Die Idee eines palliativmedizinischen, ambulanten Konsiliardienstes hat inzwischen mit rasantem Anwachsen der Zahl der Hausbesuche bei Palliativpatienten durch Dr. Lux Gestalt angenommen. Die Organisation einer institutionalisierten Brückenpflege unserer Klinik durch Einstellung von zwei in der Palliativmedizin qualifizierten Schwestern befindet sich in konkreter Planung. Die Vorarbeiten zur Gründung eines Palliativvereins unter dem Dach unserer Klinik sind abgeschlossen.

PATIENTENORIENTIERUNG

Unseren Patienten stehen seit Ende 2004 zwei neue Flyer zu Verfügung, den Patienten in der Schmerzambulanz wurden zwei, jeweils dem Schmerz und seiner Bewältigung gewidmete Ausstellung namhafter Künstler bzw. einer Patientin präsentiert.

MITARBEITERORIENTIERUNG

Ein Einarbeitungskonzept für den Assistenzarzt wurde geplant, eingeführt und hat sich bewährt. Evaluiert wurde dieses Konzept in Mitarbeitergesprächen, welche vierteljährlich stattfanden.
Den Mitarbeitern wurde ein Espressoautomat zur Verfügung gestellt.
Frau Schiermeyer und Frau Paul erhielten einen über das Drittmittelkonto finanzierten Laptop, um ihre Vortragstätigkeiten optimaler vorbereiten zu können.
Im Jahre 2005 wurden zwölf neue Fachbücher angeschafft, welche allen Mitarbeitern zur Verfügung stehen.

8. ZUSAMMENFASSUNG & AUSBLICK

Durch konsequente interdisziplinäre Fokussierung in Diagnostik und Therapie gelingt die Behandlung chronischer schmerzkranker und palliativmedizinisch zu versorgender Patienten auf einem hohen qualitativen Niveau.

Ausdruck des „guten Rufes“ unserer Abteilung ist eine inzwischen über neun Monate angewachsene Warteliste von ambulant zu behandelnden Patienten, welche bei den begrenzten personellen und materiellen Ressourcen leider wächst.

Neben der Behandlung chronisch schmerzkranker Patienten hat sich die Abteilung in den letzten Jahren einen weiteren Tätigkeitsschwerpunkt erarbeitet, die Palliativmedizin.

Bereits 1999 wurde im Beschluss einer Zielplankonferenz der Geschäftsleitung die Schaffung einer Palliativstation im St.-Marien-Hospital beschlossen, dieses ist bis heute leider nicht realisiert.

Alternativ dazu haben wir die palliativmedizinische Versorgung von Patienten in ihrem häuslichen Umfeld entwickelt. Wurden im Jahre 2004 87 Patienten im Rahmen von 269 Hausbesuchen betreut, waren es im Jahre 2005 85 Patienten.

Durch enge Kooperation mit Hausärzten und Pflegediensten war es möglich im Jahre 2005 33 Patienten ein würdevolles Sterben zu Hause zu ermöglichen.

Im Jahre 2004 wurden die Voraussetzungen zur Gründung eines unter dem Dach unserer Klinik organisierten Palliativvereins realisiert.

Durch die Schaffung einer palliativmedizinischen Vereinsstruktur wird es zukünftig möglich sein in deutlich größerem Maße finanzielle Mittel einzuwerben, um einen für palliativmedizinisch zu versorgende Patienten notwendigen „Brückenschwesterndienst“ zu organisieren und zu bezahlen.

Qualitätssichernde Maßnahmen haben in der Schmerztherapie eine lange Tradition, die konsequente Dokumentation der Symptomkontrolle bei Palliativpatienten wird auch in Zukunft, elektronisch gestützt, fortgeführt.

Das Vorhandensein eines Qualitätshandbuches der Abteilung, in welchem alle wesentlichen Standardprozeduren beschrieben sind, ist für die tägliche Arbeit aller Mitarbeiter nützlich und sichert eine gute Prozessqualität.

Ziel der Abteilung ist es, in den nächsten Jahren weitere organisatorische Strukturen zu schaffen, um den palliativmedizinischen Anforderungen der nächsten Jahre in der Patientenbetreuung stationär wie ambulant Rechnung zu tragen.

9. CHRISTLICHKEIT, ETHIK & SPIRITUALITÄT

Alle Patientenzimmer unserer Klinik sind mit Symbolen unserer christlichen Kirchen ausgestattet. Die Patienten erhalten regelmäßig Informationen über stattfindende Gottesdienste, welche von den Patienten bedarfsweise auch über das Hausfernsehen verfolgt werden können.
Erreicht uns die Nachricht, dass ein Patient, welcher in unserer ambulanten Versorgung eingebunden ist, verstorben ist, kondolieren wir mit einem Kartengruß.

VII-XII STRAHLENTHERAPEUTISCHE KLINIK

1.	Vorwort	365
2.	Verfasser	365
3.	Basisinformationen	365
3.1.	Inhalte, Auftrag & Ziele	365
3.2.	Organisationsstrukturen, Leitung & Zuständigkeiten	366
3.3.	Personal	367
3.3.1.	Stellenplan & Qualifikationen	367
3.3.2.	Weiterbildungsermächtigung(en)	367
3.3.3.	Traineeprogramme, Praktika & Hospitationen	367
3.3.4.	Lehre, Forschung & Entwicklung	368
3.4.	Leistungsspektrum, Schwerpunkte & Serviceangebote	368
3.5.	Planbetten	370
4.	Technische Ausstattung	371
5.	Qualitätssicherung	371
5.1.	Strukturen & Organisation	371
5.2.	Methoden & definierte Verfahren	372
5.3.	Prozesse	372
5.3.1.	Patientenversorgung	372
5.3.2.	Mitarbeiter	373
5.3.3.	Sicherheit & Umwelt	374
5.3.4.	Datenschutz & Datensicherheit	374
5.3.5.	Organisation, Führen & Leiten	375
5.3.6.	Externe Beziehungen & Netzwerke	376
5.3.7.	Externe Qualitätssicherung, Vergleiche & Benchmarking	376
5.3.8.	Controlling, Investitions- & Finanzmanagement	377
5.3.9.	Einkaufsmanagement & Logistik	377
6.	Weitergehende Informationen	377
7.	Schlüsselergebnisse	378
8.	Zusammenfassung & Ausblick	378

1. VORWORT

Anlass dieses Berichtes ist es, die an der Strahlentherapeutischen Klinik des St.- Marien-Hospitals Lünen bereits erreichten hohen Qualitätsstandards von Medizin, Technik, Controlling und Management zu belegen und die weiteren Bestrebungen aufzuzeigen, diese für die bisherigen strahlentherapeutischen Behandlungsoptionen zu optimieren bzw. für die demnächst zu erwartenden weiteren strahlen-therapeutischen Behandlungsmöglichkeiten sofort zu implementieren.
Ziele dieser qualitätssichernden/optimierenden Maßnahmen soll dabei eine weitere Verbesserung der Patientenversorgung bei gleichzeitiger Minimierung der Patientenbelastung unter der Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebotes sein.

2. VERFASSER

Dr. Wilfried Kroesen
Chefarzt der Strahlentherapeutischen Klinik am St.-Marien-Hospital Lünen

3. BASISINFORMATIONEN
3.1. INHALTE, AUFTRAG UND ZIELE

Auftrag der Strahlentherapeutischen Klinik und Ambulanz am St.-Marien-Hospital Lünen ist die Gewährleistung einer umfassenden und optimalen strahlentherapeutischen/radioonkologischen Versorgung der Bevölkerung in Lünen und in den benachbarten Kreisen Unna, Coesfeld und Recklinghausen sowie angrenzenden Stadtgebieten von Dortmund und Hamm entsprechend dem aktuellen Stand der Medizin und Technik gemäß von Röntgen- und Strahlenschutzverordnung bzw. der medizinischen und technischen Richt-/Leitlinien und Normen sowohl hinsichtlich Tumorerkrankungen wie auch zu bestrahlender gutartiger Erkrankungen. Dieses erfolgt in enger Kooperation mit den weiteren Fachkliniken des Hauses bzw. anderer Krankenhäuser sowie den betreuenden niedergelassenen Ärzten und Fachärzten vor Ort. Der christlich-ethische Aspekt in der Betreuung der häufig schwer kranken Patienten soll dabei nicht an letzter Stelle genannt werden.
Der Ärztliche Leiter der Abteilung ist grundsätzlich und unmittelbar in alle medizinischen und bestrahlungstechnischen sowie organisatorischen Entscheidungsvorgänge/-abläufe eingebunden. Dieses gilt auch für die abteilungsrelevanten gerätetechnischen, Hygiene- und transfusionsmedizinischen sowie Controlling-Vorgänge.
Ziel ist es, in den genannten Teilbereichen jeweils eine optimierte Patientenversorgung auf bestmöglichem Niveau zu erreichen.

3.2. ORGANISATIONSSTRUKTUREN, LEITUNG & ZUSTÄNDIGKEITEN

1 Leitender Arzt

zuständig für alle klinisch-medizinisch relevanten Aspekte:
Erhebung der medizinisch relevanten Fakten sowie umfassende Patientenberatung und –aufklärung.
Festlegung und Überprüfung der Bestrahlungspläne sowie deren korrekte Durchführung.
Stationäre und ambulante klinische Versorgung der Patienten sowie Verlaufskontrollen bzw. abschließende Festlegung des weiteren therapeutischen Procedere.
Konsiliarische Beratung anderer Kollegen hinsichtlich bestrahlungsrelevanter Aspekte.
Bereitstellung von Informationen für das medizinische und kaufmännische Controlling.
Einhaltung der relevanten Aspekte von Röntgen- und Strahlenschutzversorgung sowie medizinischer Richt- und Leitlinien bzw. des MPG/der DIN-Norm wie auch der Hygiene- und Transfusionsvorschriften.

2 Medizinphysiker

Zuständig für alle physikalisch-technisch relevanten Aspekte:
Erstellung und Durchführungskontrolle von Bestrahlungsplänen und –prozessen.
Geräte- und Personendosimetrie sowie sonstige gerätetechnische Überwachungs-, Kontroll- und Wartungsvorgänge mit entsprechenden Mitteilungen an die zuständigen Behörden.
Regelmäßige Mitarbeiterbelehrungen und Neueinweisungen gemäß Röntgen- und Strahlenschutzverordnung sowie MPG.

4 MTRA (davon eine leitende MTRA)

Zuständig für Organisationsabläufe, Bestrahlungsvorbereitung und – durchführung bzw. primäre Patientenkontakte:
Umsetzung und Durchführung der Bestrahlungspläne/-vorgänge.
Tägliche Gerätedosimetrie.
Bereitstellung der bestrahlungsrelevanten Unterlagen und Organisationsvorgänge.
Patientenbetreuung.
Bereitstellung statistischer Daten für das kaufmännische Controlling.

1 Sekretärin

Zuständig für Organisation, Kommunikation und Abrechnungswesen:
Kontakte nach intern wie extern sowie kompletter Schriftverkehr.
Organisationsvorgänge, Bereitstellung abrechnungsrelevanter Unterlagen für das kaufmännische Controlling.

1 Zivildienstleistender

Zuarbeiten für Medizinphysik und MTRA:
Organisatorische und apparative Vorbereitung.

Archivierungstätigkeiten.
Materialbeschaffung und – entsorgung.
Hilfestellung bei der Patientenbetreuung.

Die Strahlentherapie am St.-Marien-Hospital Lünen verfügt dazu neben der Strahlentherapeutischen Ambulanz mit den bestrahlungsrelevanten Geräten ferner über eine eigene Bettenstation.
Die Arbeit erfolgt grundsätzlich in enger Kooperation mit den anderen Fachkliniken des Hauses (z.B. Gynäkologische und Internistisch/Chirurgische Tumorkonferenz sowie gezielte regelmäßige interdisziplinäre Einzelfallerörterungen, vor allem bei kombinierten Therapieformen) bzw. anderer Krankenhäuser (u.a. nach dortiger Tumorkonferenz) sowie den betreuenden niedergelassenen Kolleginnen und Kollegen (u.a. Hämato-onkologische Praxis am Hause). Es besteht eine enge ambulante Kooperation hinsichtlich Diagnostik und Therapie mit einer fachübergreifenden radiologischen Gemeinschaftspraxis vor Ort.

3.3. PERSONAL

3.3.1. STELLENPLAN & QUALIFIKATIONEN

Ärztlicher Bereich: 1 – 0 – 0
Der Ärztliche Leiter ist Facharzt für Strahlentherapie.
Die formell vorgesehene zusätzliche Oberarztstelle ist zur Zeit nicht besetzt.
Medizinphysik: 2 von 2
MTRA: 4 von 4 (davon 1 Ltd. MRTA)
Sekretariat: 1 von 1

3.3.2 WEITERBILDUNGSERMÄCHTIGUNG

Die Weiterbildungsermächtigung ruht zur Zeit aus organisatorisch/strukturellen Gründen; sie wird kurzfristig beantragt.

3.3.3 TRAINEEPROGRAMME, PRAKTIKA & HOSPITATIONEN

Praktische MTRA-Ausbildung in Kooperation mit der MTRA-Schule – Fachbereich Radiologie – am Klinikum Dortmund in Form von jeweils 4monatigen Praktika mit praktischer Unterweisung der angehenden MTRA in allen berufspezifischen Tätigkeiten bei der Organisation, Umsetzung und Durchführung von Bestrahlungsplänen/-vorgängen, Patientenversorgung etc.

3.3.4 LEHRE, FORSCHUNG & ENTWICKLUNG

Mitgliedschaft und regelmäßige Teilnahme des Ltd. Arztes bei den Fortbildungen der DEGRO (Deutsche Gesellschaft für Radioonkologie).
Mitarbeit im Nachsorgeregister des Onkologischen Schwerpunktes Dortmund-Lünen.
Strahlentherapeutische Vorgänge z.B. bei einer Initiierung des Brustzentrums Lünen-Unna sowie beim örtlichen Qualitätsnetz und Ärzteverein.
Regelmäßige Kursstunden im Rahmen der palliativmedizinischen Kurse am Hause.

3.4 LEISTUNGSSPEKTRUM, SCHWERPUNKTE & SERVICEANGEBOTE

Perkutane Strahlentherapie mittels Linearbeschleuniger bei allen Tumorentitäten sowie deren diversen Metastasierungen und sonstigen Manifestationen; ferner bei bestimmten gutartigen Erkrankungen wie degenerativen Skeletterkrankungen sowie funktionellen Erkrankungen wie der endokrinen Orbitopathie bzw. zur Prophylaxe überschießender Gewebsbildung wie bei der Gynäkomastie oder heterotopen Ossifikation.
Dieses geschieht zumeist nach vorheriger Simulation (bestrahlungsidentischer Röntgeneinstellung) sowie überwiegend zusätzlichem Planungs-CT und computergestützter Bestrahlungsplanung zur maximalen Bestrahlungsoptimierung.
Die Bestrahlungsbehandlung und Patientenversorgung kann in Abhängigkeit von der körperlichen Patientenverfassung und häuslichen Versorgung sowie fehlenden Kontraindikationen mehrheitlich ambulant im Rahmen einer langjährigen und umfassenden Ermächtigung nach § 116 SGB V durchgeführt werden.
Bei zusätzlich erforderlichen medizinischen Maßnahmen wie Chemotherapien oder besonders schweren Erkrankungen erfolgt die Versorgung der Patienten auf der eigenen Bettenstation. Dieses geschieht zum Teil in enger Kooperation mit den anderen Fachkliniken des Hauses (z.B. Schmerztherapeutisches Zentrum).
Die Implementierung der transperinealen LDR-Brachytherapie (Kontaktbestrahlung) beim lokal umschriebenen kleinen Prostata-Carcinom durch Spickung mit Jod 125-Seeds („radioaktiven Körnchen“) ist - in Kooperation mit der Urologischen Klinik am Hause - Anfang 2006 gestartet.

AUFSTELLUNG DER HÄUFIGSTEN DRG FÜR DIR ABTEILUNG

Schlüssel	Bezeichnung	Fälle
B16	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems	6
D20	Andere Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen des Ohres, der Nase, des Mundes und des Halses	6
E08	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane	6
D20	Andere Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen des Ohres, der Nase, des Mundes und des Halses	4
E09	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane	4
I39	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe	4
I54	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe	3
B15	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems	2
G27	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane mit äußerst schweren CC	1
G28	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane ohne äußerst schwere CC	1
Gesamt		**37**

AUFSTELLUNG DER HÄUFIGSTEN HAUPTDIAGNOSEN (ICD) FÜR DIE ABTEILUNG

Schlüssel	Bezeichnung	Fälle
C79	Sekundäre bösartige Neubildung an sonstigen Lokalisationen	12
C34	Bösartige Neubildung der Bronchien und der Lunge	9
C32	Bösartige Neubildung des Larynx	4
C02	Bösartige Neubildung sonstiger und nicht näher bezeichneter Teile der Zunge	3
C11	Bösartige Neubildung des Nasopharynx	3
C71	Bösartige Neubildung des Gehirns	2
C83	Diffuses Non-Hodgkin-Lymphom	2
M16	Koxarthrose [Arthrose des Hüftgelenkes]	2
C15	Bösartige Neubildung des Ösophagus	1
C18	Bösartige Neubildung des Kolons	1
Gesamt		**39**

AUFSTELLUNG DER HÄUFIGSTEN OPERATIONEN BZW. EINGRIFFE (OPS) FÜR DIE ABTEILUNG

Schlüssel	Bezeichnung	Fälle
8-522	Hochvoltstrahlentherapie	1104
8-527	Konstruktion und Anpassung von Fixations- und Behandlungshilfen bei Strahlentherapie	830
8-528	Bestrahlungssimulation für externe Bestrahlung und Brachytherapie	58
8-529	Bestrahlungsplanung für perkutane Bestrahlung und Brachytherapie	47
8-543	Mittelgradig komplexe und intensive Blockchemotherapie	9
Gesamt		**2.048**

ambulante Patienten	**2001**	**2002**	**2003**	**2004**	**2005**
Anzahl der Patienten	823	854	922	1079	1169
davon „Krebspatienten“	249	243	273	289	276
Anzahl der Bestrahlungsfelder	20608	21635	22608	25620	26358
Nachuntersuchungen	242	231	367	228	226
Planungs-CTs	253	286	290	277	270

stationäre Patienten	**2001**	**2002**	**2003**	**2004**	**2005**
Anzahl der Patienten	157	171	152	232	246
davon „Krebspatienten“	143	132	141	203	226
Anzahl der Bestrahlungsfelder	2126	2761	2488	2814	3285
Nachuntersuchungen	7	5	8	4	4
Planungs-CTs	46	48	41	49	51

Die Einrichtung einer strahlentherapeutischen HDR-Brachytherapie (Kontaktbestrahlung mit Iridium-192) für bestimmte andere Tumorerkrankungen (insbesondere gynäkologische Tumore) ist in den nächsten Jahren vorgesehen; derzeitig erfolgte diese – falls erforderlich – ergänzend in Kooperation mit der Strahlentherapie am Knappschafts-Krankenhaus Dortmund-Brackel.

3.5 PLANBETTEN

3 reguläre Betten, bei Bedarf jedoch 6 oder mehr möglich.
Die aus dem Hause vorgestellten, interdisziplinär stationär behandelten Patienten verbleiben in der Regel auf den Stationen der anderen Fachkliniken.

4. TECHNISCHE AUSSTATTUNG

1 Linearbeschleuniger zur perkutanen Bestrahlungsbehandlung:
GE, Saturn 41 mit Photonen 6 und 12 MV bzw. Elektronen, 6, 9, 12 sowie 15 MeV.1
Röntgensimulator zur Bestrahlungsvorbereitung/Einstellung :
Oldelft, Simulix MC
1 Planungs-CT zur Erstellung der für die Bestrahlungsberechnung erforderlichen Schichtaufnahmen:
Mitnutzung des speziell aufgerüsteten CT – Siemens, Somatom PLUS 4 – der diagnostischen Radiologie im Hause.
1 komplett vernetztes, EDV-gestütztes Planungs- und Verifikationssystem zur Bestrahlungsplanung, -durchführung und –kontrolle: jeweils Varian, SomaVision CadPlan, Varis.

1 Ausleseeinheit zur Erstellung, Bearbeitung und Archivierung der digitalen Simulations- und Verifikationsaufnahmen: Fuji, FCR XG-1 mittels PACS und IDS 5.
Über das hausinterne Intranet (u.a. KIS, PACS, PDV; Cymed, SAP, Sectra) vernetzte PCs in jedem Arztzimmer (auch auf Station), an den MTRA-Arbeitsplätzen sowie im Simulationsraum bzw. im Abteilungssekretariat.
Internetzugang über die separierten PCs der Medizinphysik.
Abteilungseigener Faxanschluss sowie Mailbox.
Nach intern und extern reichende Funktelefone.

5. QUALITÄTSSICHERUNG
5.1. STRUKTUREN & ORGANISATION

1 leitender Facharzt:
Zuständigkeit für alle qualitätsrelevanten klinisch-medizinischen Aspekte in der Patientenbehandlung und Klinikorganisation.

2 Medizinphysiker:
Zuständigkeit beider für alle qualitätsrelevanten physikalisch-technischen Aspekte bei der Patientenversorgung wie auch der hierfür eingesetzten Geräte und EDV; Personalüberwachung gemäß Röntgen- und Strahlenschutzverordnung.

4 MTRA:
Zuständigkeit aller (insbesondere der Ltd. MTRA) für die praktische Umsetzung/Durchführung der Bestrahlungsvorgänge und der diesbezüglichen Organisationsabläufe.

1 Sekretärin:
Zuständigkeit für die allgemeine Kommunikation sowie verwaltungs-technische Organisation inklusive Abrechnungswesen.

Die abteilungsinternen qualitätsbegleitenden Maßnahmen auf den zuvor genannten Ebenen werden bisher jeweils nebenamtlich durchgeführt.

5.2 METHODEN & DEFINIERTE VERFAHREN

Bisher durch regelmäßige abteilungsinterne Besprechungen; weitere Spezifizierung durch die hausintern geplante Qualifizierung nach KTQ/ProCumCert vorgesehen. Eine qualitätsbezogene Überprüfung der Abteilung hinsichtlich Indikationsstellung, Durchführung und Dokumentation der Strahlentherapie durch den Ärztlichen Dienst gemäß neuer Strahlenschutzverordnung konnte 2003 erfolgreich ohne Nachweis nennenswerter Mängel abgeschlossen werden.
Derzeitig erfolgten die qualitätsbezogenen Spezifizierungsmaßnahmen im Rahmen der Zertifizierung des Brustzentrums Lünen-Unna; die Erstellung des diesbezüglichen Qualitätshandbuches sowie das Voraudit am 14.02.2006 konnten erfolgreich abgeschlossen werden. Definitives Audit und endgültige Zertifizierung sind im Mai 2006 vorgesehen.

5.3 PROZESSE
5.3.1 PATIENTENVERSORGUNG
5.3.1.1. ALLGEMEINE INFORMATIONEN

Beschleunigte Strahlentherapieeinleitung bei Tumorpatienten durch schnelle und umfassende Bereitstellung der erforderlichen, bereits existierenden Unterlagen/Voruntersuchungen (insbesondere OP-Berichte, Histologien, aktuelle Bildgebung) bzw. erforderlichenfalls kurzfristig Ergänzung eventuell noch fehlender Voruntersuchungen durch Abarbeiten der entsprechenden Punkte bei der Patientenvorstellung. Dadurch Bestrahlungsbeginn in der Regel in wenigen Tagen, bei Notfällen noch am selben Tag möglich. Anlegen entsprechender Checklisten.
Noch zügigere Durchführung der in der Regel täglichen Radiatio durch ein optimiertes und strafferes Timing am Linearbeschleuniger. Dadurch Gewährleistung einer zeitgerecht durchgeführten Strahlentherapie. Intensivierte Einzelfallbesprechung zwischen MTRA und Arzt.
Verbesserte Nachsorge der bestrahlten Tumorpatienten durch frühzeitigen (in der Regel schon bei Erstvorstellung) Verweis/ggf. zeitige Anmeldung von AHB-Maßnahmen an den entsprechenden Reha-Kliniken. Zumeist später deutlich gebessertes Allgemeinbefinden der Patienten (z.B. gebesserte Fatigue-Symptomatik) nach der zum Teil doch ziemlich belastenden Tumorerkrankung und Bestrahlungsbehandlung. Auslegung von entsprechendem Informationsmaterial.
Optimierte und schnellere medikamentöse/symptomatische Versorgung der häufig schwerstkranken eigenen stationären Patienten durch mindestens zwei, bei Bedarf noch häufigere ärztliche Visiten täglich in enger Abstimmung mit dem Pflegepersonal auf Station. Dadurch häufig frühzeitigere Linderung des Beschwerdebildes/ Prophylaxe weiterer Komplikationen erreicht; dieses zum Teil durch frühzeitiges Hinzuziehen anderer Fachkliniken am Hause (z.B. Gefäßchirurgie zur Portimplantation bzw. Schmerztherapeutisches Zentrum). Weitere Intensivierung der Zusammenarbeit mit dem Stationspflegepersonal bzw. der entsprechenden Fachkollegen im Hause.

Verbesserte poststationäre häusliche Versorgung auch schwerstkranker Tumorpatienten durch zeitige Anforderung der entsprechenden häuslichen Hilfsmittel und ambulanten Pflegedienste sowie frühe Information der betreuenden niedergelassenen Kollegen vor Ort. Dadurch in bestimmten Fällen noch einmal vorübergehende Entlassung in die häusliche Umgebung ermöglicht.
Zeitigere Einschaltung des Sozialdienstes des Hauses; ggf. auch zwecks Hospizversorgung/stationäre Palliativtherapie.
Besser abgestimmte multimodale Therapiekonzepte bei den gynäkologischen und internistischen Patienten im Hause durch die wöchentlichen interdisziplinären Gynäkologie- und Tumorkonferenzen. Entsprechende Tumorkonferenzen auch mit den weiteren Fachkliniken des Hauses wünschenswert; weitere diesbezügliche Abstimmung der Chefärzte erforderlich.

5.3.1.2. PROJEKTE IN 2005

Kein Beitrag für das Berichtsjahr.

5.3.2 MITARBEITER

5.3.2.1. ALLGEMEINE INFORMATIONEN

Verbesserte Einarbeitung neuer MTRA/Ausbildung der MTRA-Schüler durch die langjährig tätigen MTRA der Abteilung durch Zuteilung eines Mentors; dadurch bereits schnellere Eigenständigkeit bzw. Mitarbeitsmöglichkeit. Weitere Optimierung durch klarere Zuordnung einer verantwortlichen MTRA, strukturierte Mentorprogramme und Feedbackgespräche. Entsprechende Festlegungen in Abstimmung mit der Ltd. MRTA.

Gesteigerte Zahl der vom Ltd. Arzt der Abteilung besuchten ärztlichen Fortbildungsveranstaltungen in der näheren und weiteren Umgebung von früher 1 – 2 x auf nun regelmäßig 3 und mehr monatlich durch Optimierung und längerfristige Planung der organisatorischen Abteilungsabläufe. Deutliche Steigerung auch bei den überregionalen/internationalen, oft mehrtägigen Fortbildungen durch entsprechende weiterreichende Planungen in Abstimmung mit der dann vertretenden, kooperierenden, fachübergreifenden radiologischen Praxis am Hause.
Auch von MTRA-Seite wird eine Teilnahmesteigerung bei entsprechenden Fortbildungsmaßnahmen angestrebt (insbesondere im Rahmen des Brustzentrums).

5.3.2.2. PROJEKTE IN 2005

Kein Beitrag für das Berichtsjahr.

5.3.3 SICHERHEIT & UMWELT

5.3.3.1. ALLGEIMEINE INFORMATIONEN

Optimierter Patienten- und Personalschutz – bisher keine Zwischenfälle – durch detaillierte, praxisbezogene, regelmäßige (jährliche) Belehrungen/Einweisung aller Abteilungsmitarbeiter gemäß Röntgen- und Strahlenschutzverordnung sowie MPG. Nicht nur theoretische Unterweisung, sondern auch praktische Übungen (Geräte-Notaus, Patientenbergung im Notfall, Verhalten im Brandfall etc.) angestrebt; diesbezügliche Abstimmung mit den entsprechenden Mitarbeitern der Abteilung (Ltd. MTRA/Medizinphysik).

Optimierter Patienten- und Personalschutz – bisher keine Zwischenfälle – durch konsequente Einhaltung der entsprechenden Hygiene- und Transfusionsvorschriften durch regelmäßige (halbjährliche) Aktualisierungen im Rahmen der jeweiligen hausinternen Kommissionskonferenzen und hausinterne Fortbildungen. Soweit erforderlich noch engere Einbindung der anderen Abteilungsmitarbeiter (z.B. zur Vermeidung von Stichverletzungen etc.) wünschenswert; diesbezügliche Mitteilungen/Absprachen untereinander erforderlich.

Abteilungsinterne Qualitätssteigerungen infolge strukturierter Prozessabläufe durch die erfolgten Zertifizierungsmaßnahmen im Rahmen des Brustzentrums Lünen-Unna wie auch die Teilnahme an den Strahlentherapeutischen Kolloquien (z.B. „Qualitätsmanagement Strahlentherapie“) am Uni-Klinikum Münster erzielt.

5.3.3.2. PROJEKTE IN 2005

Kein Beitrag für das Berichtsjahr.

5.3.4 DATENSCHUTZ & DATENSICHERHEIT

5.3.4.1. ALLGEIMEINE INFORMATIONEN

Zwecks weiterhin schneller Unterlagenverfügbarkeit – auch bei deutlich gesteigertem Patientenaufkommen – Einrichtung eines größeren, gesicherten Abteilungs-Zwischenarchivs für die Bestrahlungsunterlagen der jeweils letzten 5 Jahre erfolgt; ansonsten separate, gesicherte Aufbewahrung der bestrahlungsrelevanten Unterlagen über 30 Jahre wie bisher. Zugang jeweils nur mittels abteilungsintern verfügbarer Schlüssel bzw. nur zusammen mit dem zugangsberechtigten Personal vom Zentralarchiv möglich.

Aus sicherungstechnischen/Platzspargründen neuerdings zudem eine frühzeitige Mikroverfilmung der stationären Patientenunterlagen im Haushauptarchiv.

Durch die neue, nur Zugangsberechtigten mögliche, digitale Röntgenbilderfassung, -bearbeitung und –archivierung (RIS, PACS, IDS 5) entfällt die noch vorgehaltene Zwischenarchivierung von Röntgenfilmen in der Abteilung demnächst.

Gesicherte Archivierung der hard copies von bestrahlungsrelevanten Unterlagen/Aufnahmen.

Spezielle Zugangsberechtigungen auch beim computergestützten hauseigenen KIS.

Eine Vernetzung von hausinternem Intranet und dem Internet wurde generell

bewusst vermieden.
Dadurch Gewährleistung der Datensicherheit bereits auf hohem Niveau erreicht.
Zur Gewährleistung einer korrekten Weitergabe von angeforderten Informationen/ Unterlagen an berechtigte Dritte - wie den MDK der Krankenkassen oder ähnliche - erfolgt dieses gemäß einer hausinternen Dienstanweisung generell über die Verwaltung (Controlling).
Sonstige Anforderungen (Taxischeine, häusliche Hilfsmittel etc) mit – zum Teil verschlüsselten – Diagnoseangaben werden abteilungsintern ausschließlich nach vorheriger schriftlicher Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht erstellt.
Nicht benötigtes, patientenbezogenes Informationsmaterial wird umgehend und konsequent mittels Aktenvernichter beseitigt.
Ein eventueller Datenmissbrauch konnte hiermit weitgehendst ausgeschlossen werden.

5.3.4.2. PROJEKTE IN 2005

Kein Beitrag für das Berichtsjahr.

5.3.5 ORGANISATION, FÜHREN & LEITEN

5.3.5.1. ALLGEIMEINE INFORMATIONEN

Verbesserte organisatorische Einbindung der Strahlentherapeutischen Abteilung zum einen in die allgemeine Klinikentwicklung durch die monatlichen Besprechungen mit der Verwaltung bzw. in den Chefarztrunden sowie regelmäßigen Klinikkonferenzen; u.a. Ausrichtung des Hauses als Onkologischer Schwerpunkt bzw. Brustzentrum sowie kurz- bis mittelfristige Modernisierung und Ausbau der Abteilung geplant.
Zum anderen optimalere organisatorische Einbindung der Strahlentherapie in konkrete Behandlungsvorgänge, insbesondere multimodale Therapiekonzepte, durch regelmäßige interdisziplinäre Besprechungen/Tumorkonferenzen; dadurch zumeist bereits günstigere Behandlungsabläufe durch besser abgestimmtes Timing verkürzte Liegedauern, vermehrte prä-/poststationäre und ambulante Behandlungen sowie Vermeidung unnötiger diagnostischer Maßnahmen und Nachfragen erreicht; noch weiter ausbaufähig. Andererseits konnte auf diese Weise auch eine verbesserte Auslastung der strahlentherapeutischen Betten im Hause erreicht werden; weitere Optimierung/Auslastung angestrebt.

5.3.5.2. PROJEKTE IN 2005

Kein Beitrag für das Berichtsjahr.

5.3.6 EXTERNE BEZIEHUNGEN & NETZWERKE

5.3.6.1. ALLGEIMEINE INFORMATIONEN

Gesteigerter Bekanntheitsgrad der Strahlentherapie als solche und deren Behandlungsmöglichkeiten durch regelmäßige Teilnahme an den Fortbildungsveranstaltungen des Ärztlichen Qualitätszirkels bzw. Ärztevereins Lünen; dadurch bereits recht intensive persönliche Kontakte mit den niedergelassenen Kolleginnen und Kollegen vor Ort. Verstärkte Außenwirkung auch durch einen Tag der offenen Tür im Rahmen der 1. Lüner Gesundheitswoche Mitte September 2006 zu erwarten. Zudem weitere Ausdehnung unseres Einzugsgebietes durch die Kooperation mit dem Katharinen-Hospital Unna im Rahmen des nun akkreditierten Brustzentrums Lünen-Unna.
Weitere Steigerung des Bekanntheitsgrades durch die Mitgliedschaft unseres Hauses im bundesweit agierenden CLINOTEL-Verbund.

5.3.6.2. PROJEKTE IN 2005

Kein Beitrag für das Berichtsjahr.

5.3.7 EXTERNE QUALITÄTSSICHERUNG, VERGLEICHE & BENCHMARKING

5.3.7.1. ALLGEIMEINE INFORMATIONEN

Beim Abgleich der Kennzahlen im Rahmen des DRG-Benchmarking Westfalen-Lippe/Zweckverband Ruhrgebiet zeigte sich für unsere Abteilung stets ein sehr hoher (zum Teil mehr als doppelt so hoher) Case-mix-Index wie auch (bis über ¾) Patientenanteil mit relevanten Begleiterkrankungen (PCCL 3 + 4) bei gleichzeitig relativ langer durchschnittlicher (zum Teil doppelt bis fast dreifach so langer) Verweildauer unserer stationären Patienten. Dieses spiegelt den überproportional schweren Erkrankungsgrad unserer stationär behandelten strahlentherapeutischen Patienten wieder. Bestrebung soll es dennoch sein, diesen schwerstkranken Patienten durch entsprechende frühzeitige Vorbereitung – falls möglich - noch einmal eine zügigere, wenn auch eventuell nur vorübergehende Entlassung in die häusliche Betreuung zu ermöglichen.
Ein weiteres DRG-Benchmarking wird zudem zeitnah im Rahmen des CLINOTEL-Verbundes durchgeführt (z.B. Vergleich zur Strahlentherapie am Klinikum Ingolstadt; Vergleichbarkeit aber problematisch).
Externe Qualitätsprüfungen erfolgen derzeitig im Rahmen der endgültigen Zertifizierung als Brustzentrum.

5.3.7.2. PROJEKTE IN 2005

Kein Beitrag für das Berichtsjahr.

5.3.8 CONTROLLING, INVESTITIONS- & FINANZMANAGEMENT

5.3.8.1. ALLGEIMEINE INFORMATIONEN

Ökonomischere und rationalere Abteilungsführung durch die monatliche Bereitstellung und zeitnahe Erörterung der abteilungsbezogenen DRG-, Beleg- und medizinischen Sachbedarf-Daten durch das Kaufmännische Controlling des Hauses.
Der medizinische Sachmittelbedarf in der Strahlentherapie konnte im letzten Jahr bei sowohl stationär wie auch ambulant weiter steigenden Fallzahlen – für den Ambulanzbereich weitgehend erhalten werden, während sich im stationären Bereich – bedingt durch einige kostenintensive Spezialfälle – eine vorübergehend deutliche Steigerung zeigte; diese dürften jedoch Ausnahmefälle bleiben.
Die Zahl der ambulant behandelten Patienten konnte in 2005 gegenüber dem Vorjahr von 1079 auf 1169 (= 8 %) bzw. die der stationären Fälle von 232 auf 246 (= 6 %) gesteigert werden. (Es ist zu beachten, dass viele stationär behandelte Patienten später entlassen und dann auch ambulant gezählt werden).
Die Anzahl der in 2005 auf der eigenen Station behandelten Patienten lag bei 55 (entsprechend einem Auslastungsgrad von 85 %), welches einer Steigerung um etwa 1/3 gegenüber dem schlechten Vorjahr entspricht; noch bessere Auslastung wünschenswert.

5.3.8.2. PROJEKTE IN 2005

Kein Beitrag für das Berichtsjahr.

5.3.9 EINKAUFSMANAGEMENT & LOGISTIK

5.3.9.1. ALLGEIMEINE INFORMATIONEN

Verbesserung von Einkaufsmanagement und Logistik durch eine kurzfristig mögliche, EDV-gestützte Bestellung bei der Mehrzahl der Verbrauchsmaterialien sowohl auf Station wie im Funktionsbereich; dadurch bereits Verringerung der abteilungsinternen Bevorratung erzielt. Ausdehnung dieses Services auf weitere Produkte und Bereiche (z.B. Apotheke) wünschenswert.

5.3.9.2. PROJEKTE IN 2005

Kein Beitrag für das Berichtsjahr.

6. WEITERGEHENDE INFORMATIONEN

Sekretariat:	02306-77-2951
Anmeldung:	02306-77-2954
Fax:	02306-77-2953
E-mail:	st@smh-online.de

7. SCHLÜSSELERGEBNISSE

Nur Fachärzte bzw. langjährig tätige MTRAs und Medizinphysiker in unserer Abteilung sowie hochwertige technische Ausstattung derselben.
Umfassende strahlentherapeutische Versorgung sowohl im stationären wie auch ambulanten Bereich.
Weitgehend vollständig vernetzt und computergestützt durchgeführte Organisation/Datenverwaltung im ambulanten und stationären Bereich wie auch Bestrahlungsplanung und –durchführung bzw. digitale Bilderfassung, -bearbeitung und –archivierung mit modernem Equipment.
Steigerung der Bestrahlungsleistungen (Felder) in 2005 im ambulanten sowie stationären Bereich um ca. 3 % bzw. 7 % gegenüber dem Vorjahr (entsprechend 26358 bzw. 3285 Bestrahlungsfeldern).
Zunahme der in 2005 ambulant bestrahlten Patienten um ca. 8 % bzw. der stationären im gesamten Haus bestrahlten Patienten um etwa 6 % gegenüber dem Vorjahr, bei insbesondere um ca. 1/3 verbesserter Auslastung der eigenen Bettenstation.
Gleichzeitige Konstanthaltung des medizinischen Sachmittelbedarfs im Ambulanzbereich; im stationären Bereich therapiebedingt wohl einmaliger Ausreißer.

8. ZUSAMMENFASSUNG & AUSBLICK

Die vielen zuvor genannten abteilungsinternen qualitätssichernden und –steigernden Aktivitäten werden ihre Fortführung in der kurz bis mittelfristig (voraussichtlich in ca. 2 – 3 Jahren) geplanten umfassenden Modernisierung und Erweiterung der Strahlentherapeutischen Klinik durch Anschaffung eines neuen, hochwertigen Linearbeschleunigers bzw. Einrichtung einer Brachytherapie in neuen Räumlichkeiten erfahren. Eine vorübergehende Verzögerung dürfte aus dem diesbezüglich derzeitigen grundsätzlichen Investitionsstop des Landes resultieren.

VII-XIII UNFALLCHIRURGISCHE KLINIK

1. Vorwort ... 380
2. Verfasser ... 380
3. Basisinformationen ... 381
3.1. Inhalte, Auftrag & Ziele ... 381
3.2. Organisationsstrukturen, Leitung & Zuständigkeiten ... 382
3.3. Personal ... 382
3.3.1. Stellenplan & Qualifikationen ... 382
3.3.2. Weiterbildungsermächtigung(en) ... 383
3.3.3. Traineeprogramme, Praktika & Hospitationen ... 383
3.3.4. Lehre, Forschung & Entwicklung ... 383
3.4. Leistungsspektrum, Schwerpunkte & Serviceangebote ... 383
3.5. Planbetten ... 389
4. Technische Ausstattung ... 389
5. Qualitätssicherung ... 389
5.1. Strukturen & Organisation ... 389
5.2. Methoden & definierte Verfahren ... 390
5.3. Prozesse ... 390
5.3.1. Patientenversorgung ... 390
5.3.2. Mitarbeiter ... 393
5.3.3. Sicherheit & Umwelt ... 393
5.3.4. Datenschutz & Datensicherheit ... 395
5.3.5. Organisation, Führen & Leiten ... 396
5.3.6. Externe Beziehungen & Netzwerke ... 397
5.3.7. Externe Qualitätssicherung, Vergleiche & Benchmarking ... 398
5.3.8. Controlling, Investitions- & Finanzmanagement ... 399
5.3.9. Einkaufsmanagement & Logistik ... 400
6. Weitergehende Informationen ... 401
7. Schlüsselergebnisse ... 401
8. Zusammenfassung & Ausblick ... 402

1. VORWORT

In einschneidenden Dingen vollzogene und drohende Reformen des Sozialstaates, insbesondere die ins Auge gefasste Reformierung des Gesundheitssystems verursachen zunehmende ökonomische Probleme in der Krankenhauslandschaft.
Für die Zukunft wird das Krankenhaus nur mit exzellenter Ergebnisqualität seine Versorgungsaufträge behalten, neue Verträge akquirieren und Liquidationsengpässe vermeiden können.
Aus diesen Gründen sind für eine nachvollziehbare Qualitätskontrolle und die sich daraus ergebende Erlösoptimierung alle Partner unseres Gesundheitssystems, im Klinikbetrieb die Führungsspitze auf der kaufmännischen und der medizinischen Seite, gefordert. Während sich der kaufmännische Partner bereits auf die neue Situation eingestellt hat, versuchen die Vertreter der medizinischen Bereiche, die Problembewältigung durch Aufgabenumverteilung und zusätzliche Arbeitszeit in den Griff zu bekommen.
Gegenwärtig sind Dokumentationsleistung und Kodierung für die Optimierung der Erlöse ausschließlich der Ärzteschaft aufgebürdet, dies belastet die bereits ausgeschöpfte Arbeitszeit zusätzlich.
Die zwischenzeitlich festgelegten Mindestmengenregelungen führen gegenwärtig dazu, Versorgungsangebote neu auszuschreiben und noch mehr zu zentralisieren. Für die Mindestmengenregelung wird hervorgehobene Qualität die Fallzahl regulieren und damit neue Ziele für die einzelnen medizinischen Sektoren definieren.
Dem jährlichen Qualitätsbericht wird eine herausragende Bedeutung zugeschrieben, er macht die Transparenz der Leistung und die Güte des Versorgungsauftrages öffentlich.

2. VERFASSER

Dr. med. Reinhold Ziegelmüller
Chefarzt
Arzt für Chirurgie
Orthopädie
Unfallchirurgie
Zusatzbezeichnung spezielle Unfallchirurgie
Ina Broß
Ass.-Ärztin
Ärztin für Chirurgie und Unfallchirurgie

3. BASISINFORMATIONEN
3.1 INHALTE, AUFTRAG & ZIELE

INHALT

Die unfallchirurgische Klinik behandelt konservativ und operativ alle Verletzungen des muskuloskeletalen Systems, mit Einschränkungen auch deren Erkrankungen.

AUFTRAG

Die unfallchirurgische Klinik behandelt konservativ und operativ die Frakturen der oberen und unteren Extremitäten, des Beckens, des Brustkorbes und des Schultergürtels, zusätzlich stumpfe und offene Verletzungen des Bauchraumes und Verletzungen der Weichteile. Als Klinik in einem Krankenhaus der Submaximalversorgung werden zusätzlich polytraumatisierte Patienten nach den gegenwärtig gültigen Richtlinien der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie operativ versorgt, die Qualitätskontrolle ist hier eingebunden in die Kontrolle der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie.
Ein weiterer großer Bereich der Tätigkeit betrifft den Gelenkersatz bei fehlverheilten Gelenkfrakturen an Hüft-, Knie- und Schultergelenk sowie den Gelenkersatz bei Verschleiß des Hüft- und Kniegelenkes.

ZIELE

Das Ziel der unfallchirurgischen Klinik ist es, durch den Einsatz modernster Implantate und neuester Operationstechniken, insbesondere der Navigation beim Gelenkersatz und beim Ersatz des vorderen Kreuzbandes durch körpereigenes Sehnentransplantat, eine hohe Behandlungsqualität zu garantieren, so daß nach einem Unfall mit geringstmöglicher Einschränkung Rückkehr in die häusliche Umgebung sowie in den Beruf gewährleistet wird.
Der Chefarzt Dr. med. R. Ziegelmüller besitzt die volle Weiterbildungsermächtigung für das Fachgebiet Unfallchirurgie, es ist deshalb für zukünftige Fachärzte Möglichkeit vorhanden, in der Klinik die Schwerpunktbezeichnung zu erwerben. Damit verbunden ist auch eine hohe Qualität in der Patientenversorgung.
Die unfallchirurgische Klinik ist weiterhin bestrebt, den Anteil von Operationen unter Einbeziehung der navigierten Technik weiter zu erhöhen, um sich hier als Zentrum etablieren zu können.

3.2 ORGANISATIONSSTRUKTUREN, LEITUNG & ZUSTÄNDIGKEITEN

Dr. med. Reinhold Ziegelmüller
Chefarzt
Arzt für Chirurgie und Unfallchirurgie
Zulassung zum D-Arzt-Verfahren

Dr. med. Ludger Meyer
Oberarzt
Arzt für Chirurgie und Unfallchirurgie

Chefarztvertreter
Management

Andreas Gies
Oberarzt
Arzt für Chirurgie und Unfallchirurgie

Fotographie u. Video, PC-

Funktionsoberarzt
Arzt für Chirurgie und Unfallchirurgie
Polytraumamanagementregister der DGU

Assistenzärztin	Assistenzarzt	Assistenzarzt	Assistenzarzt
Assistenzarzt			
Ärztin f. Chirurgie	Arzt f. Chirurgie	Arzt f. Chirurgie	Arzt f. Chirurgie
Arzt in			
u.Unfallchirurgie	u. interne	u. Sportmedizin	DRG-Beauftragter
Weiterbildung			
DRG-Beauftragte	Fortbildung	Knochenbank-	Qualitätssicherung
Transfusions-			
Qualitätssicherung			Beauftragter
Beauftragte			

3.3. PERSONAL
3.3.1 STELLENPLAN & QUALIFIKATIONEN

Stellenplan mit Stichtag zum 31.12.2005

	Ist	Soll
Chefarzt	1,00	1,00
Oberärzte	2,00	2,00
Funktionsoberarzt	1,00	0,00
Assistenzärzte	4,00	4,50

Neben dem Chefarzt der unfallchirurgischen Klinik sind die beiden Oberärzte und der Funktionsoberarzt Ärzte für Chirurgie und Unfallchirurgie. Ein Assistenzarzt ist Arzt in Weiterbildung zum Chirurgen, ein Assistenzarzt ist in Weiterbildung zum Arzt für Unfallchirurgie, zwei Assistenten sind Ärzte für Chirurgie und Unfallchirurgie.

3.3.2. WEITERBILDUNGSERMÄCHTIGUNG

Der Chefarzt der Klinik hat zusammen mit den Chefärzten der allgemeinchirurgischen und der gefäßchirurgischen Klinik die Weiterbildungsermächtigung für das Fach Chirurgie, außerdem hat er die volle Weiterbildungsermächtigung für den Schwerpunkt Unfallchirurgie.

3.3.3. TRAINEEPROGRAMME, PRAKTIKA & HOSPITATIONEN

Regelmäßig hospitieren Ärzte in anderen Kliniken, um neue Entwicklungen in der Unfallchirurgie kennenzulernen. Zusätzlich nahmen im Jahr 2005 drei ärztliche Mitarbeiter der unfallchirurgischen Klinik an Informationsveranstaltungen und Trainingsprogrammen für Kniegelenkchirurgie und Kreuzbandersatzplastik teil.
Die Klinik steht auch für Hospitationen anderer Ärzte zur Verfügung.
Zwei Medizinstudenten absolvierten vier- und sechswöchige Famulaturen in der unfallchirurgischen Klinik.

3.3.4. LEHRE, FORSCHUNG & ENTWICKLUNG

Der Chefarzt der unfallchirurgischen Klinik ist eingebunden in die ärztliche Fortbildung und Weiterbildung der Landesärztekammer Hessen. Er führt zwei Lehraufträge aus:

- Akademie für Arbeitsmedizin und Sozialmedizin der Landesärztekammer Hessen in Bad Nauheim
- Gutachterkommission Rheinland-Pfalz für ärztliche Haftpflichtfragen und
- Gutachterkommission Landesärztekammer Westf.-Lippe in Münster.

Für die Landesärztekammer Westf.-Lippe in Münster betätigt er sich zusätzlich auch in der Zulassungs- und Prüfungskommission sowie im Weiterbildungsausschuss.
Der Chefarzt ist Vorsitzender des Ausschusses Kindersicherheit der Stadt Lünen.

3.4. LEISTUNGSSPEKTRUM, SCHWERPUNKTE & SERVICEANGEBOTE

Zu den Schwerpunkten unserer operativen Behandlung zählen zum einen die Akutversorgung von Traumapatienten mit modernster Implantationstechnik für Knochen– und Gelenkverletzungen sowie operative Maßnahmen bei Kreuzbandverletzungen, wobei der Einsatz des Navigationssystems die korrekte Platzierung des Sehnentransplantates optimiert. Prädestiniert ist das St.-Marien-Hospital für die Polytraumaversorgung aufgrund der Zusammenarbeit der unfallchirurgischen Klinik mit den im Haus ebenfalls vorhandenen Kliniken für Neurochirurgie und Gefäßchirurgie. Der Rettungshubschrauber Christoph 8 ist auf dem Gelände des St.-Marien-Hospitals stationiert.
Ein weiterer Schwerpunkt beinhaltet den Gelenkersatz des Hüft- und Kniegelenkes bei unfallchirurgischen Folgezuständen mit weitgehender Zerstörung der Gelenkfläche und fortgeschrittener Arthrose, außerdem bei Erkrankungen des rheumatischen Formenkreises. Der Operateur wird bei der Implantation des

Gelenkersatzes durch das moderne Verfahren der Computernavigation unterstützt, so dass die künstlichen Gelenke optimal eingebracht werden können. Im Bereich des Kniegelenkersatzes ist für den Patienten eine feste Spannung des Bandapparates und die gerade Beinachse wesentlich, welche ebenfalls durch die Computernavigation optimiert werden.
Im Falle der Lockerung, des Verschleißes oder der Entzündung einer Gelenkprothese werden auch die Wechseloperationen durchgeführt.
Weiterhin werden Korrektureingriffe bei fehlverheilten Knochenbrüchen und der sogenannte Segmenttransport durch Knochenverschiebung bei großen knöchernen Defekten nach Verletzungen, bei Beinlängenkorrekturen und in der septischen Knochenchirurgie durchgeführt.

An folgenden Gelenken werden arthroskopische Eingriffe (Gelenkspiegelungen) vorgenommen:

- Kniegelenk (Meniskusteilentfernung, Meniskusnaht, Lösung von Verklebungen,
- Ersatz des vorderen Kreuzbandes)
- Schultergelenk (Behandlung von Kraftverlust oder Schmerz)
- Wiederherstellung von Bändern und Sehnen nach Ausrenkung
- Sprunggelenk (Entfernung freier Gelenkkörper, Lösung von Verklebungen)
- Ellenbogengelenk (Entfernung freier Gelenkkörper, Lösung von Verklebungen)

THERAPEUTISCHE MÖGLICHKEITEN

	Vorhanden	
Bezeichnung	**Ja**	**Nein**
Physiotherapie	x	
Dialyse	x	
Logopädie	x	
Ergotherapie	x	
Schmerztherapie	x	
Eigenblutspende	x	
Gruppenpsychotherapie		x
Einzelpsychotherapie		x
Psychoedukation		x
Thrombolyse	x	
Bestrahlung	x	

Als eigenständige Fachabteilung behandelte die chirurgische Klinik II im Jahr 2005 1.273 stationäre Patienten.Die Notfallambulanz und die D-Arztambulanz (Zulassung zum Verletztenartenverfahren) versorgten im Jahr 2005 ca. 14.000 Patienten.

AUFSTELLUNG DER HÄUFIGSTEN DRG FÜR DIE ABTEILUNG

Schlüssel	Bezeichnung	Fälle
B80	Andere Kopfverletzungen	118
I21	Lokale Exzision und Entfernung von Osteosynthesematerial an Hüftgelenk und Femur oder komplexe Eingriffe an Ellenbogengelenk und Unterarm	72
I13	Komplexe Eingriffe an Humerus, Tibia, Fibula und Sprunggelenk	71
I24	Arthroskopie einschließlich Biopsie oder andere Eingriffe an Kniegelenk, Ellenbogengelenk und Unterarm	66
J65	Verletzung der Haut, Unterhaut und Mamma	64
I18	Wenig komplexe Eingriffe an Kniegelenk, Ellenbogengelenk und Unterarm	60
I48	Revision oder Ersatz des Hüftgelenkes ohne komplizierende Diagnose, ohne Arthrodese, ohne komplexen Eingriff, ohne äußerst schwere CC	59
I23	Lokale Exzision und Entfernung von Osteosynthesematerial außer an Hüftgelenk und Femur	53
I57	Mäßig komplexe Eingriffe an Humerus, Tibia, Fibula und Sprunggelenk	51
I44	Implantation einer bikondylären Endoprothese oder andere Endoprothesen-Implantation / -Revision am Kniegelenk	48
I51	Andere Eingriffe an Hüftgelenk und Femur ohne äußerst schwere CC	43
I16	Andere Eingriffe am Schultergelenk	41
I68	Nicht operativ behandelte Erkrankungen und Verletzungen im Wirbelsäulenbereich, Alter > 55 Jahre oder äußerst schwere oder schwere CC, mit komplexer Diagnose	31
E66	Schweres Thoraxtrauma	26
I30	Komplexe Eingriffe am Kniegelenk	23
I53	Andere Eingriffe an der Wirbelsäule ohne äußerst schwere CC, mit komplexem Eingriff	23
I58	Eingriffe am Weichteilgewebe ohne äußerst schwere oder schwere CC	23
I05	Anderer großer Gelenkersatz oder Revision oder Ersatz des Hüftgelenkes ohne komplizierende Diagnose, ohne Arthrodese, ohne komplexen Eingriff, mit äußerst schweren CC	22
I47	Revision oder Ersatz des Hüftgelenkes ohne komplizierende Diagnose, ohne Arthrodese, mit komplexem Eingriff	18
I59	Andere Eingriffe an Humerus, Tibia, Fibula und Sprunggelenk oder mäßig komplexe Eingriffe an Kniegelenk, Ellenbogengelenk und Unterarm	17
Gesamt		**929**

AUFSTELLUNG DER HÄUFIGSTEN HAUPTDIAGNOSEN (ICD) FÜR DIE ABTEILUNG

Schlüssel	Bezeichnung	Fälle
S82	Fraktur des Unterschenkels, einschließlich des oberen Sprunggelenkes	133
S06	Intrakranielle Verletzung	123
S52	Fraktur des Unterarmes	102
S72	Fraktur des Femurs	97
M23	Binnenschädigung des Kniegelenkes [internal derangement]	96
S42	Fraktur im Bereich der Schulter und des Oberarmes	69
M16	Koxarthrose [Arthrose des Hüftgelenkes]	64
M17	Gonarthrose [Arthrose des Kniegelenkes]	61
S22	Fraktur der Rippe(n), des Sternums und der Brustwirbelsäule	39
M75	Schulterläsionen	35
T84	Komplikationen durch orthopädische Endoprothesen, Implantate oder Transplantate	34
S32	Fraktur der Lendenwirbelsäule und des Beckens	33
S30	Oberflächliche Verletzung des Abdomens, der Lumbosakralgegend und des Beckens	27
M80	Osteoporose mit pathologischer Fraktur	21
S83	Luxation, Verstauchung und Zerrung des Kniegelenkes und von Bändern des Kniegelenkes	20
L03	Phlegmone	17
S43	Luxation, Verstauchung und Zerrung von Gelenken und Bändern des Schultergürtels	17
S92	Fraktur des Fußes [ausgenommen oberes Sprunggelenk]	17
M54	Rückenschmerzen	15
M84	Veränderungen der Knochenkontinuität	12
Gesamt		**1.032**

AUFSTELLUNG DER HÄUFIGSTEN OPERATIONEN BZW. EINGRIFFE (OPS) FÜR DIE ABTEILUNG

Schlüssel	Bezeichnung	Fälle
5-812	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken	180
5-790	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese	132
5-794	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens mit Osteosynthese	117
5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	108
5-988	Anwendung eines Navigationssystems	107
5-820	Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk	102
5-793	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens	95
5-811	Arthroskopische Operation an der Synovialis	89
5-986	Minimalinvasive Technik	72
5-810	Arthroskopische Gelenkrevision	63
5-893	Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] und Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	60
5-822	Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk	54
8-803	Gewinnung und Transfusion von Eigenblut	52
5-784	Knochentransplantation und -transposition	41
5-814	Arthroskopische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Schultergelenkes	39
5-900	Einfache Wiederherstellung der Oberflächenkontinuität an Haut und Unterhaut	34
5-839	Andere Operationen an der Wirbelsäule	32
1-697	Diagnostische Arthroskopie	23
5-813	Arthroskopische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Kniegelenkes	20
5-892	Andere Inzision an Haut und Unterhaut	20
5-791	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Schaftbereich eines langen Röhrenknochens	19
8-201	Geschlossene Reposition einer Gelenkluxation ohne Osteosynthese	18
5-782	Exzision und Resektion von erkranktem Knochengewebe	16
5-855	Naht und andere Operationen an Sehnen und Sehnenscheide	14
5-780	Inzision am Knochen, septisch und aseptisch	13
5-821	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk	13
5-916	Temporäre Weichteildeckung	13
5-786	Osteosynthese von Knochen	12
5-894	Lokale Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	12
Gesamt		**1.570**

AUFSTELLUNG DER HÄUFIGSTEN AMBULANTEN OPERATIONEN BZW. EINGRIFFE FÜR DIE ABTEILUNG

Schlüssel	Bezeichnung	Fälle
2220	Ganglion- / Sehnenscheidenstenose-Op.	1
2246	Naht, Beugesehne	1
2321	Einrichtung, Unterarm/Unterschenkel	2
2341	Osteosynthese, kl. Röhrenknochen/Rippen	2
2345	Osteosynthese, großer Röhrenknochen	4
2361	Draht-/Schraubenfixation, Entfernung	5
2362	Osteosynthesematerialentfernung	1
2363	Osteosynthesematerialentfernung	14
2445	Diagnostische arthroskop. Op.	22
2447	Resezierende arthroskop. Op.	1
2467	Epikondylitis radialis/ulnaris Op.	2
5140	Phlebographie / Lymphographie Extremitäten	1
2301	Primäre Wundversorgung bei Säuglingen, Kleinkindern und Kindern	2
31101	Dermatochirurg. Eingriff Kategorie A1	2
31102	Dermatochirurg. Eingriff Kategorie A2	1
31121	Eingriff an Extremitäten Kategorie C1	1
31122	Eingriff an Extremitäten Kategorie C2	9
31123	Eingriff an Extremitäten Kategorie C3	9
31131	Eingriff an Knochen und Gelenken, Kategorie D1	7
31132	Eingriff an Knochen und Gelenken, Kategorie D2	53
31133	Eingriff an Knochen und Gelenken, Kategorie D3	21
31134	Eingriff an Knochen und Gelenken, Kategorie D4	8
31135	Eingriff an Knochen und Gelenken, Kategorie D5	4
31136	Eingriff an Knochen und Gelenken, Kategorie D6	1
31142	Endoskopischer Gelenkeingriff, Kategorie E2	41
31143	Endoskopischer Gelenkeingriff, Kategorie E3	6
31144	Endoskopischer Gelenkeingriff, Kategorie E4	2
31182	Kardiochirurgischer Eingriff, Kategorie I2	1
31203	Eingriff am Gefässsystem, Kategorie K3	1
31243	Peripherer neurochirurgischer Eingriff der Kategorie O3	1
31244	Peripherer neurochirurgischer Eingriff der Kategorie O4	1
Gesamt		**227**

3.5. PLANBETTEN

Gemäß Krankenhausplan beträgt die Anzahl der Planbetten 55 zum Stichtag 31.12.2005 .

4. TECHNISCHE AUSSTATTUNG

Die Klinik verfügt über die modernsten bildgebenden Verfahren (Röntgen, CT, MRT, Szintigraphie, Digitale Subtraktionsangiographie), welche durch die Abteilung für Radiologie zur Verfügung gestellt werden.
In der Ambulanz steht zusätzlich ein Ultraschallgerät zur Verfügung.
Sowohl in der Ambulanz als auch im OP stehen mobile Bildwandler (C-Bogen) zur Verfügung.
Des Weiteren besitzt die Klinik eine Arthroskopieeinheit und ein Navigationsgerät für Knie- und Hüftendoprothetik sowie für den körpereigenen Ersatz des vorderen Kreuzbandes.
Die Ambulanz ist mit einem Schockraum und modernster Reanimationsmöglichkeiten und einem Operationssaal für kleine chirurgische Eingriffe ausgestattet. Alle Bilddokumente werden digital auf einem Server archiviert und sind von jedem PC abrufbar. Das Netzwerk (Software-Firma Cymed: Patientendatenverwaltung, digitale Patientenakte, OP-Modul, Qualitätssicherung, Labor-System OSM und SAP-ISHmed) ermöglicht jederzeit die direkte Abfrage von Patientendaten. Labor- und Radiologiebefunde lassen sich von jedem PC-Arbeitsplatz einlesen. Sämtliche OP-Berichte und Epikrisen können aus dem internen Netzwerk abgerufen werden.
Der Chefarzt, die Oberärzte und die DRG-Beauftragten verfügen über eine eigene E-Mail-Adresse. Die DRG-Beauftragte und der Beauftragte für das Polytraumamanagement verfügen über einen Internetzugang. Weiterhin steht im Haus ein Internetzugang zur Verfügung, den alle Mitarbeiter nutzen können. Auf allen PCs ist ein hauseigenes Intranet installiert, da alle Informationsmedien von allen Mitarbeitern genutzt werden.
Die ärztlichen Mitarbeiter sind über schnurlose Funktelefone jederzeit erreichbar.

5. QUALTITÄTSSICHERUNG
5.1. STRUKTUREN & ORGANISATION

In der Abteilung für Unfallchirurgie ist ein ärztlicher Mitarbeiter (nebenamtlich) als Qualitätssicherungsbeauftragter benannt. Dieser Mitarbeiter ist bei besonderen Fragestellungen für die Erstellung und Kontrolle von qualitätssichernden Maßnahmen verantwortlich. Für ausgewählte Eingriffe werden routinemäßig Daten (Qualitätssicherungsbögen) zum Zeitpunkt der Entlassung erfaßt.
Die Daten von polytraumatisierten Patienten werden durch den Polytraumamanagementbeauftragten im Rahmen einer Studie der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie über das Internet erfasst, eine jährliche Auswertung dieser Daten wird vorgenommen und veröffentlicht.

5.2. METHODEN & DEFINIERTE VERFAHREN

Die Ergebnisse der externen Qualitätssicherung werden regelmäßig ausgewertet, im Rahmen klinikinterner Weiterbildungsveranstaltungen besprochen und Verbesserungsvorschläge diskutiert.
Fallbesprechungen und Analysen der Behandlungsverläufe erfolgen in den täglichen Abteilungsbesprechungen.

5.3. PROZESSE
5.3.1. PATIENTENVERSORGUNG
5.3.1.1. ALLGEMEINE INFORMATIONEN

ERARBEITUNG VON DIAGNOSTIK UND THERAPIESTANDARDS

Grund und Ziel für das Vorgehen ist die Sicherstellung eines qualitativ hochwertigen Diagnostik- und Therapieregimes. Darüber hinaus sollen durch definierte Diagnostik- und Therapieabläufe Ausbildungsinhalte geschult und wirtschaftliche Ressourcen effizienter genutzt werden.

VORGEHEN

Der Chefarzt und die Oberärzte haben für häufig wiederkehrende Krankheitsbilder Diagnostik- und Therapiestandards erarbeitet, die allen ärztlichen Mitarbeitern bekannt sind. Beispiele sind Knie- und Hüftendoprothetik sowie Behandlungen der häufigsten Frakturen. Zusätzlich wurde ein ausführlicher Leitfaden für die allgemeine präoperative Diagnostik mit detaillierten Vorgaben durch die Mitarbeiter der Klinik für Anästhesieologie und Intensivmedizin erarbeitet, der im hauseigenen Intranet veröffentlicht ist.
Als Ergebnis konnte erreicht werden, dass die Behandlung von Patienten mit häufigsten Krankheitsbildern diagnostisch und therapeutisch nach einem evidenzbasierten wissenschaftlichen Standard erbracht wird. Dies hat zur Folge, dass die diagnostischen Methoden auf ein Minimum reduziert und das operative Vorgehen nach klar definierten Standards durchgeführt werden.
In der Zwischenzeit sind auch für die weniger häufigen Krankheitsbilder Diagnostik- und Therapiestandards in Arbeit.

NAVIGATION IN DER KNIEENDOPROTHETIK

GRUND UND ZIEL

Die Einführung der Navigation in der Knieendoprothetik beruht auf dem Ergebnis zahlreicher wissenschaftlicher Untersuchungen, dass die Standzeit einer Knieprothese von der Achsenausrichtung der Implantate abhängt. Ziel war es, den Abweichungsgrad einer Knieprothesenausrichtung in einem Bereich von +/- 2 Grad zu erreichen.

VORGEHEN

Hierfür wurde für die Routineknieendoprothetik das Navigationssystem „Orthopilot“ der Firma AESCULAP eingeführt. Es handelt sich um ein CT-freies System mit integrierter Kinematikmessung.
Als Ergebnis konnte festgestellt werden, dass bei navigierter Operation die Zahl der Achsenfehlstellungen über zwei Grad sich deutlich verringerten.
Als Maßnahme wird die Navigation für die Knieendoprothetik routinemäßig eingesetzt.

NAVIGATION IN DER HÜFTEENDOPROTHETIK

GRUND UND ZIEL

Die Einführung der Navigation in der Hüftendoprothetik beruht auf dem Ergebnis zahlreicher wissenschaftlicher Untersuchungen, das die Operationsqualität maßgeblich von der exakten Gelenkführung mit Minimierung der Luxationsneigung und einem hohen Maß an Beweglichkeit im implantierten Gelenk abhängt.

VORGEHEN

Hierfür wurde für die Routinehüftendoprothetik das Navigationssystem „Orthopilot“ der Firma AESCULAP eingeführt. Es handelt sich um ein CT-freies System mit integrierter Kinematikmessung.
Als Ergebnis konnte für die Qualitätsindikatoren für das Modul 17/2 (Erstimplantation Hüftendoprothese) festgestellt werden, dass die Beweglichkeit bei mehr als 95 % aller Patienten im guten Bereich liegt.
Als Maßnahme wird die Navigation für die Hüftendoprothetik routinemäßig eingesetzt.

NAVIGATION IN DER KREUZBANDERSATZPLASTIK

GRUND UND ZIEL

Die Einführung der Navigation bei der Kreuzbandersatzplastik beruht auf dem Ergebnis zahlreicher wissenschaftlicher Untersuchungen, das die Platzierung des Kreuzbandtransplantates entscheidend für die Stabilität und insbesondere die Stabilitätsdauer verantwortlich ist.

VORGEHEN

Hierfür wurde für die Platzierung des Kreuzbandtransplantates das Navigationssystem Orthopilot der Fa. Aesculap eingeführt. Es handelt sich um ein CT-freies System mit integrierter Kontrolle der Bohrkanalplatzierung.
Als Ergebnis konnte festgestellt werden, daß eine deutliche Verbesserung im Operationsergebnis mit Stabilitätsgewinn des implantierten Transplantates erreicht werden konnte.
Als Maßnahme wird die Navigation für den Kreuzbandersatz routinemäßig eingesetzt.

REORGANISATION DER ELEKTIVEN PATIENTENAUFNAHME

GRUND UND ZIEL

für die Einführung eines elektiven Patientenaufnahmesystems war es, klinische Prozessabläufe zu optimieren.

VORGEHEN

Die Patienten werden vor einem geplanten operativen Eingriff in der Ambulanz durch einen Arzt angesehen und klinisch untersucht. Hier erfolgt nochmals die Überprüfung der Operationsindikation. Gleichzeitig werden alle für die Operation erforderlichen präoperativen Untersuchungen durchgeführt. Zusätzlich erfolgt die Vorstellung bei einem Narkosearzt. Die stationäre Aufnahme des Patienten erfolgt bei allen kleinen und mittleren Eingriffen am OP-Tag.

ERGEBNIS

Die Station wird von Routineaufgaben entlastet. Es entstehen im stationären Bereich keine Wartezeiten (Betten freiwerden u. a.). Zusätzliche Erkrankungen, welche für die Operation hinderlich sein könnten, werden frühzeitig erkannt.
Diese Maßnahmen haben sich bewährt und werden inzwischen für alle planbaren operativen Eingriffe eingesetzt.

KLINISCHE VISITEN

GRUND

Für die Durchführung von täglichen klinischen Visiten bei den Patienten ist es, kontinuierlich und vergleichbare Befundkontrollen zu erhalten. Ein permanenter Informationsaustausch mit ärztlichen und nichtärztlichen Mitarbeitern ist Ausdruck medizinischer Qualitätssicherung.

VORGEHEN

Stationäre Patienten werden täglich durch den Stationsarzt visitiert. An Wochenenden erfolgt dies durch den diensthabenden Arzt. Einmal wöchentlich erfolgt eine Chefarzt- und eine Oberarztvisite.

ERGEBNIS

Es wird garantiert, daß ein kontinuierlicher Informations- und Entscheidungsfluss vorhanden ist. Sowohl der Stationsarzt, als auch der Ober- bzw. Chefarzt hat ständigen Patientenkontakt. Dieses Netzwerk von Kontrollmechanismen ermöglicht die Eingrenzung von Fehlentscheidungen und vermeidet nicht erkannte Komplikationen.
Als Maßnahme wird dieses Visitensystem auch in Urlaubs- oder Krankheitsphasen durch entsprechende Vertretungsregeln beibehalten.

5.3.1.2. PROJEKTE IN 2005

Kein Beitrag für das Berichtsjahr.

5.3.2. MITARBEITER
5.3.2.1. ALLGMEINE INFORMATIONEN

FORT- UND WEITERBILDUNG

GRUND UND ZIEL

Für ein stringentes Aus-, Fort- und Weiterbildungsprogramm besteht die Notwendigkeit sich weiterzubilden und neue medizinische Erkenntnisse in die Praxis umzusetzen.

VORGEHEN

Tägliche Operationsfallbesprechungen, wöchentlich Komplikationsbesprechungen und monatliche kleine Fortbildungsveranstaltung durch die Assistenten der Klinik, die die aktuellen Themen der Unfallchirurgie aufbereiten.
Außerdem nehmen die Mitarbeiter an den Jahrestagungen der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie, der Niederrheinisch Westf. Chirurgen und den entsprechenden Fortbildungsveranstaltungen der Ärztekammern sowie Workshops der Implantathersteller teil.

ERGEBNIS

Die neuesten Leitlinien und wissenschaftliche Erkenntnisse können fließend in die Ausbildung und tägliche Praxis eingeführt werden.
Diese Maßnahmen haben sich bewährt, die Mitarbeiter werden angehalten, an diesen Veranstaltungen teilzunehmen, es wird Fortbildungsurlaub gewährt.

5.3.2.2. PROJEKTE IN 2005

Kein Beitrag für das Berichtsjahr.

5.3.3. SICHERHEIT & UMWELT
5.3.3.1. ALLGMEINE INFORMATIONEN

STANDARDISIERTE OP-VORBEREITUNG

Das Ziel der standatisierten OP-Vorbereitung ist die Vermeidung von Wartezeiten im OP aufgrund fehlender Unterlagen. Vor dem Transport in den OP sollen alle relevanten Befunde (Prämedikation, EKG, Bildgebung, OP- und Anästhesieaufklärung) zusammengestellt werden. Dies muss vom Pflegepersonal gegengezeichnet werden.

VORGEHEN

Hierfür wurde für die Stationen eine Checkliste entwickelt, die vom verantwortlichem Pfegepersonal, welches den Patienten in den OP begleitet, gegengelesen, auf Vollständigkeit geprüft und gegengezeichnet wird.
Als Ergebnis konnte festgestellt werden, dass in den meisten Fällen die Befunde komplett waren und so unnötige Verzögerungen vermieden wurden.
Als Maßnahme werden in den Fällen, wo es zu signifikanten Verzögerungen kam, die Ursache analysiert und mit den entsprechenden Verantwortlichen besprochen.

VERBINDLICHE FESTLEGUNG DER IDENTITÄTS- UND OP-FELD-PRÜFUNG

Das Ziel dieser Maßnahme ist es, der Verwechslungsgefahr von Extremitäten entgegenzuwirken.

VORGEHEN

Der Operateur identifiziert im OP-Saal anhand der Patientenakte, des OP-Programms und der vorliegenden Röntgenaufnahmen die zu operierende Extremität, die zusätzlich bei Aufnahme durch den aufnehmenden Arzt mit Filzmarker gekennzeichnet wurde.

ERGEBNIS

Bisher kam es zu keinen Verwechslungen.
Die Maßnahme hat sich bewährt und wird beibehalten.

UMGANG MIT KOMPRESSENMATERIAL UND BAUCHTÜCHERN

Das Ziel dieser Maßnahme ist, ein Belassen von Tupfer- und Tüchermaterial im OP-Gebiet zu verhindern.

VORGEHEN

Die instrumentierende Schwester zählt die ins OP-Gebiet eingebrachten Textilmaterialien, die verwendeten Materialien haben Röntgenkontraststreifen, am Ende der OP erfolgt eine Zählkontrolle und eine Rücksprache mit dem Operateur.

ERGEBNIS

Bisher wurde kein Textilmaterial im OP-Gebiet zurückgelassen. Die Maßnahme hat sich bewährt.

VERMEIDUNG VON LAGERUNGSSCHÄDEN UND STÜRZEN IM OP

Der Grund ist die vollständige Vermeidung von Lagerungsschäden.

VORGEHEN

Die verbindliche Regelungen der deutschen Gesellschaft für Chirurgie und Unfallchirurgie sind den Mitarbeitern bekannt. Die Lagerung wird grundsätzlich im Beisein des Operateurs mit Hilfe eines ärztlichen Assistenten oder einer OP-Pflegekraft durchgeführt. Spezielle Lagerungen werden mit dem Anästhesisten vorher abgestimmt und gemeinsam nach Ende der Lagerung nochmals kontrolliert. Je nach Lagerungstechnik erfolgt eine zusätzliche Gurtfixierung oder spezielle Kippung des OP-Tisches als Sturzsicherung.
Als Ergebnis konnte festgestellt werden, daß in 2005 keine Lagerungsschäden und Stürze vom OP-Tisch aufgetreten sind.
Diese Maßnahmen haben sich bewährt und werden beibehalten.

HYGIENE

Der Grund ist eine Vermeidung von Infektionen bei Operationen.

VORGEHEN

Beim Auftreten von Infektionen erfolgt in Zusammenarbeit mit dem Fachpfleger für Hygiene eine Analyse über die Art der Keime, die jeweils beteiligten Mitarbeiter, die benutzten OP-Säle und des Instrumentatriums.

ERGEBNIS

Es ergaben sich bisher keine Zusammenhänge, die auf systematische Fehler schließen lassen. Als Maßnahme werden die hausinternen Hygienequalitätskontrollen penibel durchgeführt, zusätzlich erfolgt die Erfassung von Infekten im Krankenhausinformationssystem.

5.3.3.2. PROJEKTE IN 2005

Kein Beitrag für das Berichtsjahr.

5.3.4. DATENSCHUTZ & DATENSICHERHEIT

5.3.4.1. ALLGMEINE INFORMATIONEN

WEITERGABE VON PATIENTENDATEN UND NETZWERKKONTROLLE

ZIEL

ist es, Patientendaten zu schützen und den unberechtigten Gebrauch von Dritten zu verhindern.

VORGEHEN

Grundsätzlich muss jeder Mitarbeiter bei Einstellung eine Schweigepflichtserklärung unterschreiben.
Außerdem erhält jeder ärztliche Mitarbeiter von der EDV-Abteilung ein Passwort,

welches lediglich für den individuellen dienstlichen Gebrauch genutzt werden darf. Die EDV-Abteilung des St.-Marien-Hospitals hat hierfür eine verbindliche Handlungsempfehlung erstellt.
Im Ergebnis erfüllt diese Handlungsempfehlung die zeitgerechten Anforderungen an den modernen Datenschutz.
Die Maßnahme hat sich bewährt.

5.3.4.2. PROJEKTE IN 2005

Kein Beitrag für das Berichtsjahr.

5.3.5. ORGANISATION, FÜHREN & LEITEN
5.3.5.1. ALLGMEINE INFORMATIONEN

OP-PLAN-ERSTELLUNG

Rechtzeitiges Vorliegen des OP-Planes unter Berücksichtigung des Facharztstandards.

VORGEHEN

Tägliche Erstellung des OP-Planes durch Chef- oder Oberarzt bis 14.00 Uhr. Da 88% der ärztlichen Mitarbeiter Fachärzte sind, ist jederzeit Facharztstandard gewährleistet.

ERGEBNIS

Durch das rechtzeitige Vorliegen der OP-Pläne können sich alle direkt und an der Vor- und Nachbereitung beteiligten Mitarbeiter (Anästhesie, OP-Pflege, Pflegepersonal auf der Station, Operateur und Assistenten) auf die Operation vorbereiten. Wie auch den Analysen der Externen Qualitätssicherung zu entnehmen ist, wurden im Jahr 2005 gute Operationsergebnisse erbracht.

DIENSTBESPRECHUNGEN

GRUND UND ZIEL

Problematisch sind Informationsverluste über Patienten durch nicht weitergegebene Aufnahme- und Röntgenbefunde.

VORGEHEN

Es findet täglich morgens um 7.30 Uhr eine Röntgenbesprechung mit Besprechung aller Auffälligkeiten während des Nachtdienstes zusammen mit Chefarzt und Oberärzten sowie allen Assistenten statt.
Zusätzlich werden um 15.30 Uhr die für den nächsten Tag anstehenden Operationen, die über den Tag angefertigten Röntgenaufnahmen und ggf. aufgetretene Komplikationen von allen ärztlichen Mitarbeitern besprochen.

ERGEBNIS

Die regelmäßig stattfindenden Besprechungen stellen sicher, daß keine Informationen verlorengehen. Operationsindikationen werden überprüft.
Die Maßnahmen haben sich bewährt, die Mitarbeiter haben den Wert erkannt.
Kein Mitarbeiter bleibt diesen Besprechungen ohne Grund fern.

RÖNTGENBESPRECHUNGEN

ZIEL

Gemeinsame Besprechungen aller angefertigten Röntgenbilder zwischen den ärztlichen Mitarbeitern der unfallchirurgischen Klinik und der Abteilung für radiologische Diagnostik.

VORGEHEN

Eine gemeinsame Röntgenbesprechung findet täglich um 14.45 Uhr statt. Die Röntgenbilder werden unter klinischen und radiologischen Gesichtspunkten analysiert und befundet.

ERGEBNIS

Es werden auch seltene und ungewöhnliche Veränderungen im Röntgenbild sicher diagnostiziert.
Diese Maßnahmen hat sich bewährt.

5.3.5.2. PROJEKTE IN 2005

Kein Beitrag für das Berichtsjahr.

5.3.6 . EXTERNE BEZIEHUNGEN & NETZWERKE

5.3.6.1. ALLGMEINE INFORMATIONEN

INFORMATIONSVERANSTALTUNGEN FÜR PATIENTEN UND NIEDERGELASSENE ÄRZTE

Ziel ist es, den o. g. Personenkreis über das Spektrum der Unfallchirurgischen Klinik sowie medizinische Neuerungen zu informieren.

VORGEHEN

Einmal im Monat finden im St.-Marien-Hospital Fortbildungen zu ausgewählten Themen statt, an denen sich die unfallchirurgische Klinik regelmäßig beteiligt.

ERGEBNIS

Die niedergelassenen Ärzte sind über das aktuelle Spektrum der Klinik informiert und können sich direkt mit den behandelnden Ärzten austauschen. Durch die besseren Informationen entschlossen sich teilnehmende Patienten, anstehende Operationen im St.-Marien-Hospital durchführen zu lassen.

MASSNAHME

Aufgrund des guten Erfolges wird sich die unfallchirurgische Klinik mit weiteren Themen an diesen monatlichen Veranstaltungen beteiligen.

5.3.6.2. PROJEKTE IN 2005

Kein Beitrag für das Berichtsjahr.

5.3.7 . EXTERNE QUALITÄTSSICHERUNG, VERGLEICHE & BENCHMARKING
5.3.7.1. ALLGMEINE INFORMATIONEN

TEILNAHME AN DER EXTERNEN QUALITÄTSSICHERUNG GEM. & 137 SGB V DER BUNDESGESCHÄFTSSTELLE FÜR QUALITÄTSSICHERUNG GGMBH (BQS)

Der Grund der Teilnahme ist es, die eigenen Ergebnisse eines Therapieregimes mit anderen Kliniken zu vergleichen.

VORGEHEN

Wie bereits weiter oben dargestellt, werden am Entlassungstag Behandlungsverläufe- und ergebnisse mit Hilfe von QS-Bögen erfasst. Folgende Krankheitsbilder werden dokumentiert:

Schenkelhalsfralsfraktur/pertrochantäre Fraktur	Modul 17/1
TEP-Coxarthrose/Erstimplantation	Modul 17/2
Hüft-TEP-Wechsel	Modul 17/3
Knie-TEP	Modul 17/5
Knie-Schlittenprothese	Modul 17/6
Knie-TEP-Wechsel	Modul 17/7

Im Ergebnis können die dokumentierten Verfahren mit den Ergebnissen anderer Kliniken bewertet werden. Die Ergebnisse können nach festen Kriterien verglichen werden (Früh-, Spätinfektion, Luxation, Reeingriff u.a.) Hier läßt sich anhand des Datenmaterials eine klare Aussage zum Stellenwert der eigenen Einrichtung im Vgl. zu anderen operativen Einrichtungen treffen.
Als Maßnahme können falls erforderlich interne Änderungen vorgenommen werden.

POLYTRAUMAMANAGEMENT

ZIEL

Überprüfung der Behandlungs- und Ergebnisqualität bei der Behandlung schwerstverletzter Patienten.

VORGEHEN

Teilnahme am freiwilligen Projekt „Polytraumamanagement“ der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU).

ERGEBNIS

Laufende Übersicht über die Behandlungs- undErgebnisqualität.
Als Maßnahme können, falls erforderlich, interne Änderungen vorgenommen werden.
Am Ende des Jahres Komplettübersicht aller Patienten der beteiligten Kliniken.

DRG-BENCHMARKING

ZIEL

Korrekte Verschlüsselung und Abrechnung der Behandlungsfälle unter Vermeidung von Up- bzw. Down-Coding und Beachtung der Deutschen Kodierrichtlinien.

VORGEHEN

Im Rahmen der Mitgliedschaft im CLINOTEL-Krankenhausverbund werden täglich anonymisierte Daten auf Vollständigkeit unter Einhaltung der Kodierrichtlinien überprüft sowie monatlich Datenvergleiche mit anderen Kliniken durchgeführt.
Ein weiteres Benchmarking erfolgt über den Zweckverband der Krankenhäuser des Ruhrgebietes.
Als Ergebnis zeigt sich eine hohe Kodierungsqualität der Behandlungsfälle durch die ärztlichen Mitarbeiter der unfallchirurgischen Klinik.
Die Maßnahme hat sich etabliert.

5.3.7.2. PROJEKTE IN 2005

Kein Beitrag für das Berichtsjahr.

5.3.8 CONTROLLING, INVESTITIONS- & FINANZMANAGEMENT

5.3.8.1. ALLGMEINE INFORMATIONEN

MEDIZINISCHER SACHBEDARF (MES)

Ziel ist es, die medizinisch erforderliche Diagnostik und Therapie im wirtschaftlichen Rahmen zu erbringen.

VORGEHEN

Monatlich werden die dem Budget entsprechenden Sollwerte durch das Controlling dem tatsächlichen Verbrauch gegenübergestellt. In monatlichen Gesprächen werden diese Kosten gemeinsam mit der Geschäftsführung, Mitarbeitern der Pflege und dem Chefarzt analysiert.
Als Ergebnis wurde erreicht, dass im Jahr 2005 mit dem vorhandenen Budget eine Steigerung der Patientenzahlen erreicht werden konnte.
Aufgrund dieses Erfolges soll die Maßnahme im kommenden Jahr beibehalten werden.

5.3.8.2. PROJEKTE IN 2005

Kein Beitrag für das Berichtsjahr.

5.3.9. EINKAUFSMANAGEMENT & LOGISTIK

5.3.9.1. ALLGMEINE INFORMATIONEN

REDUKTION DER KOSTEN FÜR DEN MEDIZINISCHEN SACHBEDARF

ZIEL

war es, die Kosten für den medizinischen Sachbedarf zu senken.

VORGEHEN

Hierfür schloss sich die Klinik einer Einkaufsgemeinschaft an, welche die Preise im Verbund mit der Industrie verhandelt.

ERGEBNIS

Es erfolgte die Umstellung auf gleichwertige preiswertere Produkte, um Kosten zu sparen. Die Nutzung der Synergie mit der AGKAMED-Einkaufsgesellschaft konnte die Einzelpreise für zahlreiche Produkte erheblich senken.
Als Maßnahme soll die Nutzung der Einkaufsbündelung in absehbarer Zeit spezielle Implantate für Osteosynthesetechniken umfassen und eine Reduzierung der gegenwärtig in Gebrauch befindlichen Endoprothesenmodelle herbeiführen.

5.3.9.2. PROJEKTE IN 2005

Kein Beitrag für das Berichtsjahr.

6. WEITERGEHENDE INFORMATION

Angesichts des begrenzten Umfangs eines Qualitätsberichtes kann hier nur ein Überblick gegeben werden.
Weitere Informationen über das St.-Marien-Hospital Lünen entnehmen Sie bitte der Internetseite: www.smh-online.de.
Direkten Kontrakt zur unfallchirurgischen Klinik erhalten Sie über das Sekretariat der Klinik (Tel.:02306-77-2551).

7. SCHLÜSSELERGEBNISSE

STELLENPLAN UND QUALIFIKATION

Die unfallchirurgische Klinik weist mit sieben von acht Ärzten sehr hohen Facharztstandard auf.
Sechs von acht Ärzten besitzen die Zusatzqualifikation Unfallchirurgie.

TECHNISCHE AUSSTATTUNG

- modernste bildgebende Verfahren: Röntgen, CT, MRT, Szintigraphie, Digitale Subtraktionsangiographie (Abteilung für Radiologie)
- Ultraschallgerät in der Ambulanz
- mobile Bildwandler (C-Bogen) sowohl in der Ambulanz als auch im OP
- eine Arthroskopieienheit (für die Zukunft wird eine zweite Einheit angestrebt)
- ein Navigationsgerät für die Knie- und Hüftendoprothetik
- ein Navigationsgerät für Kreuzbandersatzplastik
- alle Arztzimmer (100%) verfügen über Bildschirmarbeitsplätze
- alle ärztlichen Mitarbeiter sind über Funktelefone jederzeit erreichbar

PATIENTENVERSORGUNG

- Die präoperative Verweildauer konnte bei elektiven Eingriffen signifikant gesenkt werden.
- So sind für große Eingriffe die Aufnahme einen Tag vorher und für kleinere ambulante Eingriffe am Operationstag.
- Bisher mündliche Weitergabe von Therapiestandards, zukünftig sollen diese schriftlich fixiert werden.
- Reduzierung der Verweildauer in der Unfallchirurgie um 0,3 Tage.
- Verbesserung der Ergebnisqualität durch den Einsatz der Navigation insbesondere bei der Knieendoprothetik
- Nahezu 100% aller Knie-, Hüft-TEP-Implantationen und Kreuzbandersatzplastiken erfolgen unter Einsatz des Navigationssystems.

EXTERNE QUALITÄTSSICHERUNG

Die Teilnahme an den verpflichtenden Maßnahmen zur externen Qualitätssicherung der Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung gGmbH (BQS) findet bei sechs von sechs Diagnosen statt.
Die Ergebnisse für die Qualitätsindikatoren des Moduls 17/5 Implantation einer Knieendoprothese des Jahres 2004 zeigten geringe Anzahl von Komplikationen bei sehr guten Ergebnissen: Knapp 70 % aller Patienten bedurften keiner Bluttransfusion. War eine Bluttransfusion erforderlich, bekamen mehr als 50% der Patienten Eigenblut.

EINKAUFSMANAGEMENT UND LOGISTIK

Die MES-Gespräche mit den beteiligten Mitarbeitern, Controlling und Geschäfts-führer sollen weitergeführt werden, um den Verbrauch teurer Verbrauchsmaterialien und Medikamente zu senken.
Durch die Weiterführung eines zentralen Einkaufs mit der AGKAMED sollen in Zukunft die Preise für den medizinischen Sachbedarf gesenkt werden.
Das Gesamtergebnis der Qualitätskontrolle ist veröffentlicht durch die Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung.

8. ZUSAMMENFASSUNG & AUSBLICK

Auch wenn im St.-Marien-Hospital Lünen und in der unfallchirurgischen Klinik noch kein Qualitätsmanagement etabliert ist, wurden bisher viele Maßnahmen zur Sicherung einer hohen Qualität durchgeführt. Sicherlich wird in Zukunft das Qualitätsmanagement eine große Rolle spielen. Alle Maßnahmen sind auf das Wohl und die Genesung der Patienten bedacht, wobei Wirtschaftlichkeit und Zeiteffizienz immer mehr in den Mittelpunkt der täglichen Arbeit rücken.
Die Schlüsselergebnisse zeigen, dass bisher viel erreicht werden konnte:

- hoher Facharztstandard
- gute technische Ausstattung
- geringer Anteil abgesetzter oder verschobener Operationen
- sehr gute Ergebnisqualität bei der Knie- und Hüftendoprothetik, wie den Ergebnissen der externen Qualitätssicherung zu entnehmen ist
- Verkürzung der Verweildauer
- Reduktion der Kosten
- durch die Verbesserung der Organisation im ambulanten Operationszentrum bekommen über 90 % aller Patienten einen computergeschriebenen Brief mit

Die gesetzlichen Anforderungen der Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung GmbH (BQS) werden in vollem Umfang erfüllt.
Mit den erreichten Standards, den eingeführten Innovationen und den räumlichen Voraussetzungen sowie dem Serviceangebot besteht eine uneingeschränkte Wettbewerbsfähigkeit mit anderen Krankenhäusern.
Der Weg des Krankenhauses führt in Zukunft zur allumfassenden medizinischen Versorgungseinrichtung, in der nicht nur fest etablierte Krankenhausabteilungen der operativen, konservativen und theoretischen Medizin, sondern auch ambulante Behandlungs-wege unter Einschluss niedergelassener Facharztkollegen integriert werden müssen.
Nur rasches Erkennen, Organisieren und Abarbeiten dieser genannten Probleme werden in der Zukunft eine leistungsstarke Klinik schaffen, die den Überlebenskampf miteinander konkurrierender Gesundheitsanbieter übersteht.

VII-XIV KLINIK FÜR ORTHOPÄDISCHE CHIRURGIE

1. Vorwort 405
2. Verfasser 406
3. Basisinformationen 406
3.1. Inhalte, Auftrag & Ziele 406
3.2. Organisationsstrukturen, Leitung & Zuständigkeiten 407
3.3. Personal 407
3.3.1. Stellenplan & Qualifikationen 407
3.3.2. Weiterbildungsermächtigung(en) 408
3.3.3. Traineeprogramme, Praktika & Hospitationen 408
3.3.4. Lehre, Forschung & Entwicklung 408
3.4. Leistungsspektrum, Schwerpunkte & Serviceangebote 408
3.5. Planbetten 412
4. Technische Ausstattung 412
5. Qualitätssicherung 413
5.1. Strukturen & Organisation 413
5.2. Methoden & definierte Verfahren 413
5.3. Prozesse 413
5.3.1. Patientenversorgung 413
5.3.2. Mitarbeiter 416
5.3.3. Sicherheit & Umwelt 417
5.3.4. Datenschutz & Datensicherheit 418
5.3.5. Organisation, Führen & Leiten 418
5.3.6. Externe Beziehungen & Netzwerke 419
5.3.7. Externe Qualitätssicherung, Vergleiche & Benchmarking 419
5.3.8. Controlling, Investitions- & Finanzmanagement 420
5.3.9. Einkaufsmanagement & Logistik 421
6. Weitergehende Informationen 421
7. Schlüsselergebnisse 421
8. Zusammenfassung & Ausblick 422

1. VORWORT

Die geänderten gesetzlichen Rahmenbedingungen mit dem daraus resultierenden Kostendruck stellen die Krankenhäuser vor die Herauforderung scheinbar gegensätzlicher Anforderungen, wie der Sicherstellung einer optimalen medizinischen Versorgung unter gleichzeitiger Wahrung der im §12 SGB V gesetzlich vorgeschriebenen Wirtschaftlichkeit Rechnung zu tragen. Vor allem die Einführung des neuen pauschalierten Entgeltsystems mit festgelegten Erlösen pro DRG setzt eine exakte Leistungs- und Kostenkalkulation voraus. Die ständig steigenden Anforderungen insbesondere auf dem Gebiet der Qualitätssicherung und des Riskmanagements führen zu einer weiteren Verschärfung der ohnehin kritischen finanziellen Situation der Häuser.

Die Auswirkungen der neuen Gesetzgebung sind mit jeder neuen Reform deutlicher zu spüren. Anfang 2004 hat das Gesundheitsmodernisierungsgestz (GMG) zu wesentlichen Änderungen der Behandlungsgrundlagen geführt.

Insbesondere im Hinblick auf die DRG zwingt der zunehmende Konkurrenzkampf zur Mobilisierung der Wirtschaftlichkeitsreserven und erfordert die Reorganisation von betrieblichen Prozessen. Um sich am Markt positionieren zu können, müssen innovative Lösungen für anstehende Probleme gefunden werden.

Dabei stellt die Neuorientierung der Krankenhäuser zu einem modernen Dienstleistungsunternehmen die wesentliche Herausforderung dar.

Das Schlüsselwort heißt Kundenorientierung. Kundenorientierung bedeutet dabei, die Interessen von Patienten, einweisenden Kollegen als auch die der Kostenträger zu berücksichtigen. Kundenorientierung heißt weiter: Kundenzufriedenheit durch eine hohe Produkt – und Servicequalität, sowie ein günstiges Preis – Leistungsverhältnis. Da diese Sichtweise in der deutschen Krankenhauslandschaft bisher keinerlei Tradition hat, stellt die Umsetzung der notwendigen Umstrukturierung die Kliniker vor neue Probleme.

Auch auf dem Gebiet der Berufspolitik ist es zu wesentlichen Neuerungen mit erheblicher Konsequenz für die Abteilungen gekommen:

Die Berufsverbände der Orthopädie und der Unfallchirurgie haben als Reaktion auf die europäische Gesetzgebung die Neuordnung der Weiterbildungsordnung auf dem Deutschen Ärztetag 2004 beschlossen.

Die neue Weiterbildungsordnung ist inzwischen von den Ärztekammern verabschiedet worden. Nach einer Übergangsregelung wird es in Zukunft einen gemeinsamen Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie geben. Schon jetzt laufen die ersten Prüfungen.

Das St.- Marien - Hospital trägt der aktuellen berufspolitischen Entwicklung mit der Implementierung einer neuen Abteilung für Orthopädische Chirurgie Rechnung.

Geplant ist eine enge Kooperation der neuen Abteilung mit der schon bestehenden Unfallchirurgie unter jeweils eigenständiger Führung. Neue, innovative Behandlungskonzepte sollen eine optimale Patientenversorgung garantieren und das schon vorhandene Repertoire ergänzen. Die entstehenden Synergieeffekte erlauben eine optimale Ausnutzung der vorhandenen personellen und mate-

riellen Ressourcen. So soll z.B. eine Rotation der Assistenten im Rahmen ihrer Facharztweiterbildung standardmäßig eingeführt werden.
Entsprechend den ständig steigenden gesetzlichen Anforderungen im Rahmen des QM ist die Einführung eines strukturierten Facharztweiterbildungsprogramms geplant, mit der sowohl die Qualität als auch die haftungsrechtliche Situation deutlich verbessert werden können.

2. VERFASSER

Dr. med. Lutz Glöckner
Leitender Arzt
Dr. med. Birgit Heller M. Sc.
Oberärztin
Ina Broß
Assistenzärztin

3. BASISINFORMATIONEN
3.1. INHALTE, AUFTRAG & ZIELE

Die Implementierung der Abteilung für Orthopädische Chirurgie trägt demnach sowohl der Berufspolitischen, als auch dem schärfer werdenden Wettbewerb unter den geänderten gesetzlichen Rahmenbedingungen Rechnung.
Die Neuorientierung umfasst daneben aber vor allem auch fachliche Neuerungen.
Neben der Endoprothetik der großen Gelenke ist dabei die Rheumachirurgie, neue innovative Verfahren der arthroskopischen Gelenkchirurgie und die Einführung der konservativ-orthopädischen Therapieformen als Ergänzung zu der vorhandenen neurochirurgischen Wirbelsäulenbehandlung zu nennen.
Durch neue innovative Operationsverfahren soll die Abteilung insbesondere auf dem Gebiet der Endoprothetik zu einem überregionalen Schwerpunkt ausgebaut werden.
Die Konzentration liegt dabei bei den minimal-invasiven Verfahren.
Minimal-invasiv umfasst dabei den operativen Zugangsweg, aber auch bei dem Prothesendesign werden neue innovative Verfahren angewendet. Hier ist in erster Linie die sogenannte Hüftkappenprothese zu nennen, die seinerseits 1998 von dem Leitenden Arzt der Abteilung in Deutschland eingeführt wurde. Aufgrund der großen Erfahrung mit der Hüftkappe wird in der Abteilung für Orthopädische Chirurgie diese Operation einzigartig in Deutschland minimal-invasiv implantiert. So ist es innerhalb kurzer Zeit gelungen ein überregionales Patientengut zu aquirieren. Ziel ist es, durch Teilnahme an wissenschaftlichen Kongressen sowie als Referenzabteilung für diese Art der Operation, den überregionalen Ruf auszubauen und zu festigen.
Weitere Schwerpunktthemen liegen in der Kooperation mit bereits vorhandenen Abteilungen. So soll in Ergänzung der internistischen Rheumatologie die orthopädische Rheumatologie implementiert werden. Die Rolle der konservativen

Wirbelsäulentherapie in Ergänzung zu der Neurochirurgie ist bereits dargestellt worden.
Darüber hinaus werden alle anerkannten Standardverfahren einer modernen operativen und konservativen orthopädischen Behandlung angeboten, dabei ist insbesondere in Ergänzung zu anderen Kliniken des Hauses die Fußchirurgie zu nennen.

3.2. ORGANISATIONSSTRUKTUREN, LEITUNG & ZUSTÄNDIGKEITEN

Die Klinik für Orthopädische Chirurgie wurde im April 2005 neu implementiert. Sie verfügt deshalb weder über einen großen Stellenpool noch über eine fest gefügte Organisationsform. Die Gesamtverantwortung für die Klinik obliegt dem Leitenden Arzt, dem eine erfahrene Oberärztin und - seit August 2005 - eine erfahrene Assistenzärztin zur Seite stehen.
Sämtliche Arbeiten werden nach Weisung des Leitenden Arztes von allen Mitarbeitern ausgeführt. Dazu gehören auch Aufgaben, die sich aus den gesetzlichen Vorgaben ergeben:

- Transfusionsbeauftragter
- Hygienekommission
- Arzneimittelkommission
- Transfusionsbeauftragter

sowie die hausinternen Projektgruppen:

- OP-Reorganisation
- Projektgruppe Interdisziplinäre Aufnahme
- Arbeitsgruppe Klinische Pfade
- DRG-Beauftragter

3.3. PERSONAL

3.3.1. STELLENPLAN & QUALIFIKATIONEN

In der Klinik arbeiten zum Stichtag, 31.12.2005, neben dem Leitenden Arzt, eine Oberärztin und eine Assistenzärztin mit einer halben Stelle.
Im Rahmen einer Personalbedarfsberechnung vom September 2005 wurde ein Soll von 3,2 Vollkräften berechnet. Dem gegenüber steht eine Ist-Besetzung von 2,5 Vollkräften.
Der Leitende Arzt Dr. med. Lutz Glöckner ist Facharzt für Orthopädie, Rheumatologie, Physikalische Therapie und Sportmedizin.
Die Oberärztin Frau Dr. med. M.Sc. Birgit Heller ist Fachärztin für Orthopädie mit abgeschlossenem Studium an der Sporthochschule Köln sowie einem Master in Hospital Administration.
Die Assistenzärztin Frau Ina Broß ist Ärztin für Chirurgie und Unfallchirurgie.
Der Anteil an Fachärzten liegt bei 100%.

3.3.2. WEITERBILDUNGSERMÄCHTIGUNG

Weiterbildungsermächtigung besteht für Unfallchirurgen zum Arzt für Orthopädie und Unfallchirurgie gemäß den Übergangsbestimmungen der Ärztekammer Westfalen-Lippe. Die Weiterbildungsermächtigungen für 2 Jahre Orthopädie sowie die Spezielle Orthopädische Chirurgie sind beantragt.

3.3.3. TRAINEEPROGRAMME, PRAKTIKA & HOSPITATIONEN

Die Klinik für Orthopädische Chirurgie ist Referenzklinik für die minimalinvasive Implantation von Hüftoberflächenendoprothesen. Im Jahr 2005 nahmen zahlreiche Gastärzte die Möglichkeit zur Hospitation wahr. In Kooperation mit englischen Kollegen haben sowohl der Leitende Arzt als auch die Oberärztin an entsprechenden Hospitationen im Ausland teilgenommen.

3.3.4. LEHRE, FORSCHUNG & ENTWICKLUNG

Einen wesentlichen Aspekt umfasst dabei sowohl die Teilnahme als insbesondere auch die Referententätigkeit der beiden leitenden Ärzte an wissenschaftlichen Kongressen und Workshops:

- Dortmund
- Münster
- Leichenworkshop
- Vorträge in Rehakliniken
- Schulungen für Mitarbeiter der Medizinproduktefirmen
- Mitarbeit an der Entwicklung spezieller Instrumentarien für die minimalinvasive Chirurgie
- Referenzabteilung für Hospitationen externer Kollegen
- Mitglied im Sportärzteverband (CA)
- Mitglied im Berufverband der Orthopäden (CA)
- Regelmäßige Teilnahme an Weiterbildungsveranstaltungen des postgradualen Studienganges Master in Hospital Administration
- CA als anerkannter Gutachter für die Land- und Sozialgerichte der Städte Aachen, Essen, Duisburg, Hagen und Köln mit dem Schwerpunkt auf Arzthaftungsfälle.

3.4. LEISTUNGSSPEKTRUM, SCHWERPUNKTE & SERVICEANGEBOTE

Stationäre und ambulante orthopädische Eingriffe.
Endoprothetik an Hüft-, Knie- und Schultergelenk, Revisionsendoprothetik bei Lockerungen und Infektion, Einsatz von Sonderimplantaten bei Revisionseingriffen, Tumor-Endoprothetik.
Osteotomien zur Korrektur von Achsfehlern und Längendifferenzen im Bereich der Extremitäten.
Operative Behandlung von gut- und bösartigen Neubildungen der Knochen und Weichteile (Tumorresektionen, rekonstruktive Eingriffe mit Sonderimplantaten

und modularen Tumor-Endoprothesen, Tumorbiopsien, Tumorbiopsien in Zusammenarbeit mit dem Institut für Pathologie).
Arthroskopie und arthroskopische Operationen im Bereich von Kniegelenk, Schulter, oberem Sprunggelenk, Hüftgelenk und Ellenbogengelenk mit Schwerpunkt auf bandrekonstruktive Operationen.
Fußchirurgie: Korrekturoperationen im Bereich des Vorfußes, Arthrodesen im Fuß-, Sprunggelenksbereich, Bandplastiken.
Periphere Osteosynthesen, Fixateure externe und Marknägel.
Septische Chirurgie bei periprothetischen Infekten, Gelenkinfektionen und Osteomyelitis einschließlich MRSA.
Konservative, operative Therapie der kongenitalen Hüftdysplasie, inclusive der 3-dimensionalen Beckenschwenkosteotomie, konservative Klumpfußbehandlung, Redressionsbehandlungen, Behandlung der Epiphyseolyse, operative Behandlung von Tumoren des Skelett- und Bewegungsapparates des Kindes- und Jugendalters, Orthesenversorgung bzw. orthopädietechnische Versorgung.
Konservative Wirbelsäulentherapie, Infiltrationsbehandlung im Bereich der Wirbelsäule, Facettenblockaden, Wurzelblockaden, epidurale und sakrale Injektionen.
Der Behandlungsschwerpunkt der Klinik liegt im operativen Bereich und hier insbesondere auf dem Gebiet der Endoprothetik von Hüftgelenk und Knie sowie den Wechsel-OPs.
Wir bieten eine allgemeine Sprechstunde nach Vereinbarung, prästationäre und poststationäre Behandlung, Sprechstunde zur Vorbereitung ambulanter Operationen.
Konsiliardienst im Hause.
Patientenschuluung mit Vorträgen.
Gutachtertätigkeit.

Serviceangebote

- Referenzklinik
- Vorträge für Rehakliniken und Mitarbeiter der Medizinprodukte-Firmen
- Persönlicher Kontakt zu den niedergelassenen Kollegen

AUFSTELLUNG DER HÄUFIGSTEN DRG FÜR DIE ABTEILUNG

Schlüssel	Bezeichnung	Fälle
I48	Revision oder Ersatz des Hüftgelenkes	140
I44	Implantation einer bikondylären Endoprothese am Kniegelenk	43
I18	Wenig komplexe Eingriffe an Kniegelenk, Ellenbogengelenk und Unterarm	33
I16	Andere Eingriffe am Schultergelenk	22
I68	Nicht operativ behandelte Erkrankungen und Verletzungen im Wirbelsäulenbereich, Alter > 55 Jahre	19
I24	Arthroskopie einschließlich Biopsie oder andere Eingriffe an Kniegelenk	12
I20	Eingriffe am Fuß	10
I46	Prothesenwechsel am Hüftgelenk	9
I69	Knochenkrankheiten und spezifische Arthropathien	8
I30	Komplexe Eingriffe am Kniegelenk	5
Gesamt		**301**

AUFSTELLUNG DER HÄUFIGSTEN HAUPTDIAGNOSEN (ICD) FÜR DIE ABTEILUNG

Schlüssel	Bezeichnung	Fälle
M16	Koxarthrose [Arthrose des Hüftgelenkes]	142
M17	Gonarthrose [Arthrose des Kniegelenkes]	62
M23	Binnenschädigung des Kniegelenkes [internal derangement]	24
M75	Schulterläsionen	21
T84	Komplikationen durch orthopädische Endoprothesen, Implantate oder Transplantate	14
M51	Sonstige Bandscheibenschäden	11
M20	Erworbene Deformitäten der Finger und Zehen	8
M19	Sonstige Arthrose	5
M22	Krankheiten der Patella	5
M87	Knochennekrose	5
Gesamt		**297**

AUFSTELLUNG DER HÄUFIGSTEN OPERATIONEN BZW. EINGRIFFE (OPS) FÜR DIE ABTEILUNG

Schlüssel	Bezeichnung	Fälle
5-820	Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk	147
5-986	Minimalinvasive Technik	123
5-812	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken	80
5-822	Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk	48
5-811	Arthroskopische Operation an der Synovialis	39
5-788	Operationen an Metatarsale und Phalangen des Fußes	25
5-814	Arthroskopische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Schultergelenkes	24
8-910	Epidurale Injektion und Infusion zur Schmerztherapie	22
5-813	Arthroskopische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Kniegelenkes	11
5-821	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk	11
5-810	Arthroskopische Gelenkrevision	10
8-201	Geschlossene Reposition einer Gelenkluxation ohne Osteosynthese	10
5-916	Temporäre Weichteildeckung	9
8-917	Injektion eines Medikamentes in Gelenke der Wirbelsäule zur Schmerztherapie	9
5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	8
5-893	Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] und Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	7
5-781	Osteotomie und Korrekturosteotomie	5
5-784	Knochentransplantation und -transposition	5
8-178	Therapeutische Spülung eines Gelenkes	5
5-786	Osteosynthese von Knochen	4
Gesamt		**602**

Im Rahmen der ambulanten Sprechstunde wurden auf Zuweisung der niedergelassenen Ärzte ca. 1.100 Patienten ambulant behandelt.
Seit dem 01.04.05 wurden in der Klinik für Orthopädische Chirurgie 347 stationäre Patienten behandelt.
Das Durchschnittsalter der Patienten betrug 61,4 Jahre. 48% der Patienten waren älter als 65 Jahre. Die durchschnittliche Verweildauer betrug 10,9 Tage.
Das Durchschnittsalter der Patienten, bei denen eine Hüftkappe implantiert wurde (102 Patienten) betrug 57,7 Jahre, die durchschnittliche Verweildauer 12,01 Tage im Minimum 6 Tage.

3.5. PLANBETTEN

Gemäß Krankenhausplan verfügt die Klinik für Orthopädische Chirurgie über 20 Betten.

4. TECHNISCHE AUSSTATTUNG

	Vorhanden		24 h-verfügbar	
Bezeichnung	**Ja**	**Nein**	**Ja**	**Nein**
Computertomographie (CT)	x		x	
Magnetresonanztomographie (MRT)	x		x	
Herzkatheterlabor	x		x	
Szintigraphie	x			x
Positronemissionstomographie (PET)		x		x
Elektroenzephalogramm (EEG)	x			x
Angiographie	x		x	
Schlaflabor		x		x

Die Klinik verfügt über die modernsten bildgebenden Verfahren (Röntgen, CT, MRT, Szintigraphie, digitale Subtraktionsangiographie), welche durch die Abteilung für Radiologie zur Verfügung gestellt werden.
Sowohl in der Ambulanz als auch im OP stehen mobile Bildwandler (C-Bogen) zur Verfügung.
Des Weiteren besitzt die Klinik eine Arthroskopieeinheit.
Alle Bilddokumente werden digital auf einen Server archiviert und sind von jedem PC abrufbar. Das Netzwerk (Software – Firma Cymed: Patientendatenverwaltung, digitale Patientenakte, OP-Modul, Qualitätssicherung, Labor-System OSM und SAP-ISHmed) ermöglicht jederzeit die direkte Abfrage von Patientendaten. Labor- und Radiologiebefunde lassen sich von jedem PC-Arbeitsplatz einlesen. Sämtliche Operationsberichte und Epikrisen können aus dem internen Netzwerk abgerufen werden.
Alle ärztlichen Mitarbeiter verfügen über eine eigene E-Mail-Adresse. Weiterhin steht im Haus ein Internetzugang zur Verfügung, den alle Mitarbeiter nutzen können.
Auf allen PCs ist ein hauseigenes Intranet installiert, das als Informationsmedium für alle Mitarbeiter genutzt wird.
Die ärztlichen Mitarbeiter sind über schnurlose Funktelefone jederzeit erreichbar.

5. QUALITÄTSSICHERUNG

5.1. STRUKTUREN & ORGANISATION

Die Besetzung der Stelle eines Qualitätsbeauftragten in der Abteilung besteht derzeit nicht. Die Einführung einer Arbeitsgruppe QM wurde im Rahmen der Projektgruppe Interdisziplinäre Aufnahme beschlossen und bereits umgesetzt. Grundlage ist nach Beschluss der Geschäftsleitung die ISO 9000. Frau Dr. Heller ist Mitglied der Projektgruppe. Im Rahmen des Qualitätsprojektes Interdisziplinäre Aufnahme ist Frau Broß als Koordinatorin für die AG Klinische Pfade tätig.
Die korrekte Dokumentation aller erbrachten Leistungen sowie der Abschluss der Fälle zur Abrechnung wird von Frau Broß als DRG-Beauftragter sichergestellt.

5.2. METHODEN & DEFINIERTE VERFAHREN

Erstellung von Evidenz basierten Klinischen Pfaden.
Erstellen von leitlinienhinterlegten Verfahrensanleitungen nach den Dokumenten der KFH- Köln.
Fallbesprechen und Analysen der Behandlungsverläufe erfolgen in den täglichen Abteilungsbesprechungen.

5.3. PROZESSE

5.3.1. PATIENTENVERSORGUNG

5.3.1.1 ALLGEMEINE INFORMATIONEN

Es handelt sich um eine neu gegründete Abteilung.
Routinemäßig eingesetzte verfahren sind:

- Visiten
- Diagnostik und Therapiestandards
- Ablauforganisation
- Vermeidung von Dekubitalulcera

VISITEN

GRUND

PATIENTENORIENTIERUNG!

Aktualisierte Informationen. Persönlicher Kontakt.
KontinuierlicheBefundkontrolledienenderEinschätzungdesBehandlungsverlaufes.
Berufsgruppenübergreifender Informationsaustausch.
Der permanente Informationsaustausch ist Ausdruck einer medizinischen Qualitätssicherung.

VORGEHEN

Tägliche Morgenvisiten vor OP-Beginn durch die Oberärztin, die Stationsärztin und eine Schwester. Einmal wöchentlich erfolgt eine Visite durch den Leitenden Arzt, bei der auch ein Physiotherapeut anwesend ist.
Die postoperative Visite am OP-Tag erfolgt durch den Operateur.
Vor Entlassung aus stationärer Behandlung erfolgt ein ausführliches Entlassungsgespräch.
Auf Wunsch Einzelgespräche, ggf. auch mit Angehörigen nach terminlicher Vereinbarung.

ERGEBNIS

Ein ständiger enger Patientenkontakt des gesamten Ärzteteams ist garantiert. Damit wird ein kontinuierlicher Informationsfluss sichergestellt. Anstehende Entscheidungen können auf der Basis aktueller Informationen getroffen werden. Die Patientenorientierung wird gewährleistet. Dieses Netzwerk von Kontrollmechanismen ermöglicht die Eingrenzung von Fehlentscheidungen und vermeidet nicht erkannte Komplikationen. Das frühzeitige Erkennen von Problemen ermöglicht ein schnelles Reagieren.
Die interdisziplinäre Zusammenarbeit erhöht die Qualität.
Die Behandlungsstandards können überprüft und angepasst werden.

DIAGNOSTIK- UND THERAPIESTANDARDS

GRUND UND ZIEL

ist die Sicherstellung eines qualitativ hochwertigen Diagnostik- und Therapieregimes. Darüber hinaus sollen durch definierte Diagnostik- und Therapieabläufe Ausbildungsinhalte geschult und wirtschaftliche Ressourcen effizienter genutzt sowie das Auftreten vermeidbarer Komplikationen verhindert werden.

VORGEHEN

In interdisziplinärer Zusammenarbeit wurden Behandlungsstandards für die TOP DRGs „Knie- und Hüft- Endoprothetik“ erarbeitet. Die operativen Standards sind in Anlehnung an die allgemeine orthopädische Fachliteratur, jeweils aktualisiert an den neuesten wissenschaftlichen Erkenntnissen festgelegt und im Intranet jederzeit abrufbar. Besonderheiten im Einzelfall werden im Visitenblatt festgelegt oder in einem vorläufigen Operationsbericht (Vordruck) sofort am OP-Ende für die Station vermerkt.

ERGEBNIS

Als Ergebnis konnte erreicht werden, dass die Behandlung von Patienten mit diesen Krankheitsbildern diagnostisch und therapeutisch nach einem evidenzbasierten wissenschaftlichen Standard erbracht wird. Dies hat zur Folge, dass die diagnostischen Methoden auf ein Minimum reduziert und dass operative Vorgehen nach klar definierten Standards durchgeführt werden.

Die Verwendung von Standards hat zu einer nicht unerheblichen Arbeitsentlastung des ärztlichen Personals geführt, da Routineanordnungen wie z.B. Schmerztherapie, Labor- und Röntgenkontrollen nicht extra angeordnet werden müssen. Auch die Arbeitszufriedenheit des Pflegepersonals konnte durch die klar strukturierten Anordnungen gesteigert werden.

ABLAUFORGANISATION

GRUND/ZIEL

In der Klinik für Orthopädische Chirurgie werden überwiegend Wahleingriffe durchgeführt. Die Konzentration auf die minimal-invasive endoprothetische Versorgung mit sinkender Verweildauer einerseits sowie die wachsende Zahl komplexer Revisionseingriffe und die Zunahme von Patienten mit relevanten Begleiterkrankungen andererseits machen eine strukturierte Ablauforganisation notwendig. Der ständig steigende Patientendurchfluss in Kombination mit den immer komplexer werdenden Begleitinformationen setzt eine exakte Termin-, Mengen-, sowie Materialplanung voraus. Bereits bei der ersten Kontaktaufnahme im Rahmen der Sprechstunde müssen die relevanten Daten strukturiert gespeichert werden, um eine optimale Planung – und damit Ressourcenausnutzung – zu gewährleisten. Spezialimplantate müssen zeitgerecht bestellt werden, um bei der stationären Aufnahme des Patienten vorhanden zu sein. Gegebenenfalls notwendige Zusatzdiagnostik muss zeitlich eingeplant werden, um das Ausfallen von Operationen zu vermeiden.

VORGEHEN

Die Anmeldung von Patienten zu den ambulanten Sprechstunden erfolgt telefonisch über Facharztpraxen oder auch direkt durch die Patienten. Alle Patienten werden im Rahmen der Sprechstunde von einem Facharzt gesehen und die OP-Indikation gestellt. Der operative Eingriff und eventuelle Alternativen werden erläutert. Bereits beim ersten Patientenkontakt wird eine ausführliche Anamnese erhoben, um evt. erforderliche Abklärungen bei Begleiterkrankungen entweder ambulant einzuleiten oder die Patienten frühzeitig konsiliarisch vorzustellen.
Die Terminplanung erfolgt über das Sekretariat in Zusammenarbeit mit den ärztlichen Mitarbeitern. Der einweisende Arzt wird durch einen Arztbrief über Befund, OP-Indikation und Operationszeitpunkt informiert. Den Patienten wird eine Informationsmappe ausgehändigt. Sie haben so die Gelegenheit, sich vor der stationären Aufnahme ausführlich mit der Problematik auseinander zu setzen, sich das Aufklärungsformular durchzulesen und mögliche Fragen in Ruhe zu notieren, die dann in einem weiteren persönlichen Arzt-Patienten-Gespräch beantwortet werden können.
Die Patienten werden auch schon auf der Station angemeldet, um den Mitarbeitern der Pflege eine langfristige Belegungsplanung zu ermöglichen.
Alle Patienten werden 3 – 5 Tage vor der Operation einbestellt. Es erfolgt die Dokumentation aller relevanten Daten, die noch erforderliche Diagnostik (Röntgen, EKG, Laborroutine) sowie die Aufklärung und Prämedikation durch

den Anästhesisten. Patienten, die zur endoprothetischen Versorgung anstehen, werden zu diesem Zeitpunkt bereits beim Sozialdienst vorgemerkt, um einen reibungslosen Übergang in die Rehabilitationsphase zu gewährleisten. Die stationäre Aufnahme der Patienten erfolgt dann morgens am Operationstag, bzw. bei großen Eingriffen am Vorabend.

ERGEBNIS

Dieses Konzept hat sich bewährt. Die Anzahl der Operationen, die aufgrund fehlender Befunde oder fehlender Implantate abgesetzt werden müssen, ist deutlich rückläufig. Eine langfristige Bettenplanung ist sowohl für die Mitarbeiter der Pflege als auch für das Sekretariat verbindlich möglich. Die frühzeitige Anmeldung bei den Mitarbeitern des Sozialdienstes gewährleistet die zeitnahe Einleitung der Anschlussheilbehandlung, so dass die rehabilitative Betreuung der Patienten sichergestellt ist.

VERMEIDEN VON DEKUBITALULCERA

GRUND UND ZIEL

Für die Patienten bedeutet die Entstehung von Dekubitalulcera besonders im Bereich der Fersen eine deutliche Einschränkung und Behinderung während der Rehabilitation.

VORGEHEN

Bei der täglichen Visite wird ein besonderes Augenmerk auf die Kontrolle von Druckstellen gelegt. Solange noch eine Schiene im Bett liegt, wird die ausreichende Polsterung kontrolliert. Falls Druckstellen auftreten, werden Kompressionsstrümpfe ausgezogen.

ERGEBNIS

Durch das geschilderte konsequente Vorgehen konnte die Anzahl der neu aufgetretenen Dekubitalulcera nahezu vollständig verhindert werden.

5.3.1.3. PROJEKTE IN 2005

Etablierung der Abteilung in 2005, daher noch keine Einzelmaßnahmen umgesetzt.

5.3.2. MITARBEITER

5.3.2.1. ALLGEMEINE INFORMATIONEN

Einarbeitung neuer Mitarbeiter/Personalentwicklung
Kein Eintrag im Berichtsjahr, da die Abteilung neu gegründet wurde.

5.3.2.2. PROJEKTE IN 2005

Etablierung der Abteilung in 2005, daher noch keine Einzelmaßnahmen umgesetzt.

5.3.3. SICHERHEIT & UMWELT
5.3.3.1. ALLGEMEINE INFORMATIONEN

STANDARDISIERTE OP-VORBEREITUNG

ZIEL

Das Ziel der standardisierten OP-Vorbereitung ist die Vermeidung von Wartezeiten im OP aufgrund fehlender Unterlagen. Vor dem Transport in den OP sollen alle relevanten Befunde (Prämedikation, EKG, Bildgebung, OP- und Anästhesieaufklärung) zusammengestellt werden.

VORGEHEN

Hierfür wurde für die Stationen eine Checkliste entwickelt, die vom verantwortlichen Pflegepersonal, welches den Patienten in den OP begleitet, gegengelesen, auf Vollständigkeit geprüft und gegengezeichnet wird.

ERGEBNIS

Als Ergebnis konnte festgestellt werden, dass in den meisten Fällen die Befunde komplett waren und so unnötige Verzögerungen vermieden wurden.

MASSNAHME

Als Maßnahme werden in den Fällen, wo es zu signifikanten Verzögerungen kam, die Ursachen analysiert und mit den entsprechenden Verantwortlichen besprochen.

VERBINDLICHE FESTLEGUNG DER IDENTITÄTS- UND OP-FELD-PRÜFUNG

ZIEL

Das Ziel dieser Maßnahme ist es, der Verwechslungsgefahr von Extremitäten entgegenzuwirken.

VORGEHEN

Zur Vermeidung von Verwechslungen wird die zu operierende Seite vom Patienten selbst im Beisein des behandelnden Arztes mit einem Marker gekennzeichnet.

ERGEBNIS

Bisher kam es zu keinen Verwechslungen.

5.3.3.2. PROJEKTE IN 2005

Etablierung der Abteilung in 2005, daher noch keine Einzelmaßnahmen umgesetzt.

5.3.4. DATENSCHUTZ & DATENSICHERHEIT

5.3.4.1. ALLGEMEINE INFORMATIONEN

REGELUNGEN DER DATENWEITERGABE UND ARCHIVIERUNG

Die Datenschutzrichtlinien des Hauses werden eingehalten und überwacht.

5.3.4.2. PROJEKTE IN 2005

Etablierung der Abteilung in 2005, daher noch keine Einzelmaßnahmen umgesetzt.

5.3.5. ORGANISATION, FÜHREN & LEITEN

5.3.5.1. ALLGEMEINE INFORMATIONEN

OP-RE-ORGANISATION

ZIEL

Reibungsloser Ablauf des Operationsbetriebes, optimale Nutzung teurer OP-Ressourcen.

VORGEHEN

Die Planung der Eingriffe beginnt mit der rechtzeitigen Erstellung eines Wochenplanes für die aufzunehmenden Patienten gemäß den vorhandenen OP-Kapazitäten. Der Leitende Arzt oder die Oberärztin erstellen daraus den aktuellen OP-Plan, der per E-mail an die Abteilung für Anästhesiologie und Intensivmedizin, an die zuständigen Stationen, die Physiotherapie und die OP-Abteilung weitergeleitet wird.

ERGEBNIS

Dieses Vorgehen gewährleistet die ständige Aktualisierung und damit eine rechtzeitige Berücksichtigung von eventuellen Änderungen im OP-Plan. Damit kann auch für die angrenzenden Abteilungen eine weitestgehende Planungssicherheit erzielt werden. Die beteiligten Mitarbeiter werden über die anstehenden Eingriffe rechtzeitig informiert.

5.3.5.2. PROJEKTE IN 2005

Etablierung der Abteilung in 2005, daher noch keine Einzelmaßnahmen umgesetzt.

5.3.6. EXTERNE BEZIEHUNGEN & NETZWERKE

5.3.6.1. ALLGEMEINE INFORMATIONEN

Durch die Funktion als Referenzabteilung können bei den Hospitationen zahlreiche Kontakte geknüpft werden.
Bei Neugründung der Abteilung haben sich die leitenden Ärzte bei dem ortsansässigen Ärzteverein sowie den niedergelassen Orthopäden vorgestellt.
Auch die Kooperationspartner auf Seiten der Rehabilitationseinrichtungen wurden kontaktiert. Aus dieser ersten Kontaktaufnahme haben sich inzwischen regelmäßige Treffen und Informationsveranstaltungen entwickelt, bei denen die leitenden Ärzte als Referenten tätig sind.

5.3.6.2. PROJEKTE IN 2005

Etablierung der Abteilung in 2005, daher noch keine Einzelmaßnahmen umgesetzt.

5.3.7. EXTERNE QUALITÄTSSICHERUNG, VERGLEICHE & BENCHMARKING

5.3.7.1. ALLGEMEINE INFORMATIONEN

Die Klinik für Orthopädische Chirurgie nimmt an der externen Qualitätssicherung nach § 137 SGB V teil. Folgende Krankheitsbilder werden dokumentiert:

TEP- Koxarthrose/Erstimplantation	Modul 17/2
Hüft-TEP-Wechsel	Modul 17/3
Knie-TEP	Modul 17/5
Knie-Schlittenprothese	Modul 17/6
Knie-TEP-Wechsel	Modul 17/7

Ergebnisse der externen Qualitätssicherung liegen wegen Neugründung der Abteilung im Berichtsjahr noch nicht vor.

5.3.7.2. PROJEKTE IN 2005

Im Jahr 2005 wurde eine Personalbedarfsrechnung nach den Grundlagen des Bayrischen Kommunalen Prüfungsverbandes durchgeführt, deren Ergebnis sowohl hausintern als auch innerhalb des CLINOTEL Verbundes verglichen werden kann.

5.3.8. CONTROLLING, INVESTITIONS- & FINANZMANAGEMENT

5.3.8.1. ALLGEMEINE INFORMATIONEN

NUTZUNG VON KENNZAHLEN

ZIEL

ist die konsequente Einhaltung der oberen/unteren Grenzverweildauern (GVD) bei definierten DRG.

VORGEHEN

Regelmäßig wurden in Gesprächen mit dem Verwaltungsdirektor und Mitarbeitern des Controllings aktuelle Auswertungen vorgelegt.

ERGEBNIS

Als Ergebnis zeigte sich, dass die obere Grenzverweildauer nicht überschritten und die untere Grenzverweildauer nicht unterschritten wurde.

DRG-BENCHMARKING

ZIEL

Korrekte Verschlüsselung und Abrechnung der Behandlungsfälle unter Vermeidung von Up- bzw. Down-Coding und Beachtung der Deutschen Kodierrichtlinien.

VORGEHEN

Im Rahmen der Mitgliedschaft im Clinotel-Krankenhausverbund werden täglich anonymisierte Daten auf Vollständigkeit unter Einhaltung der Kodierrichtlinien überprüft, sowie monatlich Datenvergleiche mit anderen Kliniken durchgeführt.
Ein Benchmarking erfolgt über den Zweckverband der Krankenhäuser des Ruhrbezirkes.

ERGEBNIS

Als Ergebnis zeigt sich eine hohe Kodierungsqualität der Behandlungsfälle durch die ärztlichen Mitarbeiter der Klinik für Orthopädische Chirurgie.

5.3.8.2. PROJEKTE IN 2005

MDK-ANFRAGEN BEI DER KONSERVATIVEN BEHANDLUNG CHRONISCHER RÜCKENSCHMERZEN

ZIEL

ist die optimale Behandlung von Patienten mit chronischen Rückenschmerzen und die entsprechende Vergütung durch die Kostenträger.

VORGEHEN

Sorgfältige Anamnese und Abklärung, ob die ambulanten Möglichkeiten einer Therapie ausgeschöpft wurden. Es gibt ein standardisiertes Konzept für die stationäre Behandlung. Es erfolgt die optimale „MDK-sichere" Dokumentation dieser Fälle.

ERGEBNIS

Im Jahr 2005 wurden 11 Patienten mit entsprechenden Krankheitsbildern behandelt. Alle Fälle wurden bezahlt.

5.3.9. EINKAUFSMANAGEMENT & LOGISTIK

5.3.9.1. ALLGEMEINE INFORMATIONEN

Im Rahmen monatlicher Gespräche in Anwesenheit des Verwaltungsdirektors, leitenden Arztes, Oberärztin und Mitarbeiter der Pflege, sowie des Controllings werden die Sachkosten dargestellt. So wird erreicht, dass es zu keiner unnötigen Steigerung der Sachkosten kommt.

5.3.9.2. PROJEKTE IN 2005

Etablierung der Abteilung in 2005, daher noch keine Einzelmaßnahmen umgesetzt.

6. WEITERGEHENDE INFORMATIONEN

Weitere Informationen über das St.-Marien-Hospital Lünen entnehmen Sie bitte der Internetseite: **www.smh-online.de**
Direkten Kontakt zur Klinik für Orthopädische Chirurgie erhalten Sie über das Sekretariat der Klinik (Tel.: 02306/77-2580).

7 SCHLÜSSELERGEBNISSE

PATIENTENVERSORGUNG

- Infektionsrate < 1%
- Gabe von Blutkonserven durch minimal-invasive Operationszugänge < 1%
- Unterschreiten der mittleren Verweildauer (DRG I48Z) von 16,3 Tagen bei Patienten, denen eine Hüftendoprothese implantiert wurde, in 48% der Fälle. In 22% der Fälle wurde eine Verweildauer von 10 Tagen unterschritten (6-9 Tage).
- Fast 100% aller Patienten bekommen bei Entlassung einen maschinengeschriebenen Arztbrief und einen OP-Bericht, sowie eine CD mit den Röntgenbildern mit.
- Bei 100% aller endoprothetisch versorgten Patienten ist bei Entlassung die zeitnahe ambulante oder stationäre Rehabilitationsbehandlung organisiert.

- Kein Absetzen von Operationen aufgrund fehlender Vorbefunde oder unzureichender Diagnostik von Begleiterkrankungen.

STELLENPLAN UND QUALIFIKATION

- Die Klinik für Orthopädische Chirurgie weist mit 100% einen sehr hohen Facharztstandard auf.

ZUWEISER

- Die zunehmende Anzahl an Zuweisungen zeigt eine große Zufriedenheit der Einweiser.

EINKAUFSMANAGEMENT UND LOGISTIK

- Aufgrund der hohen Anzahl an Implantationen von Endoprothesen ergab sich eine gute Verhandlungsbasis für 2006.

8. ZUSAMMENFASSUNG & AUSBLICK

Innerhalb von 9 Monaten ist es der Klinik für Orthopädische Chirurgie gelungen, einen Schwerpunkt für Endoprothetik in der Region zu etablieren. Durch die Verbesserung der Operationstechnik und Erweiterung der stadiengerechten endoprothetischen Versorgung (insbesondere die Einführung der Hüftoberflächenendoprothesen bis hin zur modularen Hüft- oder Knieendoprothese, unicondylärer Schlitten, einschließlich des Einsatzes von defektüberbrückenden Tumorprothesen und individuellen Spezialanfertigungen) konnte ein überregionales Patientengut aquiriert werden. Die Abteilung für Orthopädische Chirurgie erfüllt damit die Anforderungen bis hin zur Maximalversorgung der Patienten der Region und darüber hinaus.
Der Rückblick auf das Jahr 2005 ist geprägt durch einen innovativen Neuanfang und Aufbauarbeit. Diese basiert zum einen im Bewahren der bewährten und erfolgreichen Verfahrenstechniken. Zum anderen ist der Schlüssel zum Erfolg sicher in der Implementierung der neuen, im hiesigen Gebiet weitestgehend unbekannten OP-Technik zu sehen. Diesen Schwerpunkt gilt es im laufenden Jahr zu festigen und noch auszubauen. Auch die Ergänzung des vorhandenen Spektrums durch den Ausbau der Schulter-Chirurgie, der Fuß-Chirurgie, sowie der konservativen Wirbelsäulentherapie wurde sowohl von Patienten, als auch von den Einweisern positiv angenommen. Für das nächste Jahr sollten hier Synergien noch verstärkt genutzt werden. Kooperationen sollen ausgebaut und neu installiert werden. Das Marketing und die Public Relation durch externe Fortbildungsveranstaltungen sollen intensiviert werden. Voraussetzung dafür ist jedoch die Aufstockung der personellen und finanziellen Ressourcen, wobei eine erneute, aktualisierte Personalbedarfsrechnung die Basis einer Neubewertung sein kann.

VII-XV UROLOGISCHE KLINIK

1. Vorwort 424
2. Verfasser 424
3. Basisinformationen 424
3.1. Inhalte, Auftrag & Ziele 424
3.2. Organisationsstrukturen, Leitung & Zuständigkeiten 425
3.3. Personal 426
3.3.1. Stellenplan & Qualifikationen 426
3.3.2. Weiterbildungsermächtigung(en) 426
3.3.3. Traineeprogramme, Praktika & Hospitationen 426
3.3.4. Lehre, Forschung & Entwicklung 426
3.4. Leistungsspektrum, Schwerpunkte & Serviceangebote 427
3.5. Planbetten 432
4. Technische Ausstattung 432
5. Qualitätssicherung 433
5.1. Strukturen & Organisation 433
5.2. Methoden & definierte Verfahren 433
5.3. Prozesse 433
5.3.1. Patientenversorgung 433
5.3.2. Mitarbeiter 434
5.3.3. Sicherheit & Umwelt 435
5.3.4. Datenschutz & Datensicherheit 436
5.3.5. Organisation, Führen & Leiten 436
5.3.6. Externe Beziehungen & Netzwerke 437
5.3.7. Externe Qualitätssicherung, Vergleiche & Benchmarking
5.3.8. Controlling, Investitions- & Finanzmanagement 437
5.3.9. Einkaufsmanagement & Logistik 437
6. Weitergehende Informationen 438
7. Schlüsselergebnisse 438
8. Zusammenfassung & Ausblick 438

1. VORWORT

Bereits in früheren Jahren von ca. 1978 bis 1995 wurden Abteilungsberichte regelmäßig erstellt. In unstrukturierter Form enthielten sie bereits detaillierte Angaben zur Abteilung, beispielsweise zur Ausstattung, zur Personal- und Leistungsentwicklung.
Angeregt wurden die jetzigen Qualitätsberichte im Clinotelverbund bereits 2002, gesetzlich verpflichtend ab 2004. Somit ist dies der zweite Bericht nach § 137 SGB. Der Bericht eröffnet die Möglichkeit, sich über den klinischen Alltag hinaus mit den grundlegenden Aufgaben und Zielen der Abteilung zu befassen. Da er in den nächsten Jahren neben den Leistungszahlen auch die allgemeine Abteilungsentwicklung wiedergibt, sind einzelne Funktion namentlich benannt.

2. VERFASSER

CA Dr.med. Rainer Diederich
Text und allgemeine Daten
Hr. Balmann
Med. Controlling
ICD-, OPS-, DRG-, EBM-Daten
Fr. Broß
Med. Controlling
ICD-, OPS-, DRG-, EBM-Daten

3. BASISINFORMATIONEN
3.1. INHALTE, AUFTRAG & ZIELE

Die urologische Klinik behandelt die verschiedensten Erkrankungen der Harn- und Genitalorgane mit Ausnahme der Genitalerkrankungen der Frau. Zum einen sind dies die Erkrankungen der Organe selbst, beispielsweise Entzündungen, Tumore, Steine oder Missbildungen. Zum anderen sind es Erkrankungen der Funktion, beispielsweise der Harnfiltration, des Harntransports, der Harnentleerung oder mangelnder Geschlechtsfähigkeit bzw. unerfüllten Kinderwunsches. Häufige Erkrankungen sind hierbei Harnleitersteine, Tumore des Urogenitalsystems, symptomatische Prostatavergrößerungen sowie fieberhafte Harnwegsentzündungen.
Der Behandlungsauftrag wurde hierzu mit der Einrichtung der Abteilung am 01.10.1964 durch das damalige Kuratorium und der Feststellung durch den Regierungspräsidenten erteilt. Somit bestand am 30.09.2005 die urologische Klinik 41 Jahre.
Unser Ziel ist in Zusammenarbeit mit den niedergelassenen Urologen die Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen Behandlung urologischer Erkrankungen. Im Wesentlichen versorgen wir hierbei die Bürgerinnen und Bürger von Lünen, Bergkamen, Werne, Selm, Waltrop und Lüdinghausen, unter der Berücksichtigung der umliegenden Versorgungsstrukturen ca. 160.000 Einwohner.
Das Behandlungsspektrum ist so ausgerichtet, dass die häufigsten Erkrankungen

bei uns, d. h. ortsnah, versorgt werden. Seltene Eingriffe oder Eingriffe die besondere Versorgungsstrukturen erfordern, werden gezielt von uns weitergeleitet. Genannt seien hier beispielsweise seltene Mißbildungsoperationen oder die Implantation von Penis- und Sphinkterprothesen. In diesen Fällen ist die Anzahl zu gering, um einen Qualitätsstandard aufzubauen. Besondere Fallkonstellationen werden in Absprache mit Zentren, beispielsweise bei Hodentumorerkrankungen mit dem Tumorzentrum Essen, abgesprochen.
Meine persönliche Zielsetzung ist es, das in uns gesetzte Vertrauen nicht zu enttäuschen. Dies beinhaltet nicht nur eine hohe Ergebnisqualität, sondern auch eine ehrliche und verlässliche menschliche Patientenzuwendung.
Beide Ziele lassen sich nur als Behandlungsteam verwirklichen, dass zur Sicherstellung unseres Leistungsfähigkeit eine glaubhafte Akzeptanz und Leistungswillen untereinander erfordert.

3.2. ORGANISATIONSSTRUKTUREN, LEITUNG & ZUSTÄNDIGKEITEN

Die Abteilung ist in vier räumlich getrennten Bereichen gegliedert:

- den Funktionsbereich (Ambulanz, Röntgen, Endoskopischer-OP, Sekretariat)
- der Station B6 (32 Betten)
- die Mitbenutzung der zentralen Operationsabteilung
- die Mitbenutzung der anästhesiologisch geführten operativen Intensivstation.

Die Leitung der Bereiche sowie Zuständigkeiten gliedern sich wie folgt:

Gesamtleitung

CA Dr. Diederich zuständig für das Leistungsspektrum; generelle Ablauforganisation; Abstimmung mit zuweisenden Ärzten; Letztentscheidung bei unklaren Behandlungsfällen; Personalbedarf; Fort- und Weiterbildung; Wirtschaftlichkeit; Außendarstellung; Privatambulanz.

Sekretariat

Ltd. Sekr. Fr. Böcker-Materne, zuständig für das Aufnahme- und Ambulanzmanagement in Abstimmung mit der Stations- und Ambulanzleitung sowie Chef- oder ltd. Oberarzt; Arztbrief-, Befund- und Berichtsschreibung; Termintreue.

Funktionsbereich

Ltd. Sr. I. Schlienkamp, zuständig für die Ablauforganisation in Abstimmung mit dem ltd. Oberarzt; Untersuchungs- und OP-Assistenz; Instrumentenstellung, -wartung, -aufbereitung; Materialbestellung; Dienstplan; Mitarbeitereinarbeitung und -ausbildung; Untersuchungs- und OP-Dokumentation.

Station

Ltd. Pfl. D. Winkler, zuständig für die Belegungsplanung; Ablauforganisation; Medikamenten- und Materialbestellung; Dienstplan; Mitarbeitereinarbeitung und –ausbildung; Pflegestandards; -dokumentation

Abt.-Controlling

OA W. Kunze, zuständig für die ICD-, OPS-, DRG-Kodierung.

3.3. PERSONAL

3.3.1. STELLENPLAN & QUALIFIKATION

Die Fachabteilung weist zum Stichtag 31.12.05 gemäß Stellenplan die folgende IST-Besetzung (Vollkräfte) aufgeschlüsselt nach CA-OÄ-AÄ-AIP aus: 1-2-3-0.
Der Anteil der Fachärzte beträgt fünf Vollkräfte (83%). Der Anteil der Ärzte in Weiterbildung beträgt eine Vollkraft (17%). Der Chefarzt hat zusätzlich die fakultative Weiterbildung spezielle urologische Chirurgie erworben.

3.3.2. WEITERBILDUNGSERMÄCHTIGUNG

Es besteht eine Weiterbildungsermächtigung im Gebiet Urologie für 36 Monate

3.3.3. TRAINEEPOGRAMME, PRAKTIKA & HOSPITATIONEN

Herr OA Kunze nahm an zwei mehrtägigen Laparaskopiekursen teil und hospitierte zum Erlernen der laparoskopischen Prostatektomie in Würzburg (Dr. Schön) und Leipzig (PD Dr. Stolzenburg).

3.3.4. LEHRE, FORSCHUNG & ENTWICKLUNG

Mitgliedschaft:

Chefarzt Dr. R. Diederich

- Deutsche Gesellschaft für Urologie
- Nordrhein-Westfälische Gesellschaft für Urologie
- Berufsverband der Deutschen Urologen
- Deutsche Gesellschaft für Stosswellenlithotrypsie
- Deutsche Kontinenz Gesellschaft
- Akademie der Deutschen Urologen
- Akademie für ärztl. Fortbildung
- Gutachterkommission für ärztliche Haftpflichtfragen der ÄK Westfalen-Lippe

Oberarzt Dr. M. Hatahet

- Deutsche Gesellschaft für Urologie
- Syrisch-Deutsche-Ärztevereinigung
- Arabische Ärztevereinigung

OA W. Kunze

- Deutsche Gesellschaft für Urologie

3.4. LEISTUNGSSPEKTRUM, SCHWERPUNKTE & SERVICEANGEBOTE

- **Behandlung bösartiger Erkrankungen des Urogenitaltrakts**
  konventionelle Karzinomchirurgie der Nebenniere und Niere, des Harnleiters und –blase einschließlich Neoblasenanlage, der Prostata, der Hoden und des Penis
  laparoskopische Karzinomchirurgie der Niere und Prostata im Aufbau
  endoskopische starre und flexible Karzinomchirurgie von Urothelkarzinomen im gesamten Harntrakt
  Brachytherapie (seeds-Implantation) des lokalen Prostatakarzinoms
  chemotherapeutische Behandlung der Urothelkarzinome, Prostatakarzinome und Hodentumore
- **Behandlung von Harnabflussstörungen**
  konventionelle Chirurgie der stenosierenden und refluxiven Harnabflussstörungen des oberen Harntrakts
  ante- und retrograde endoskopischen Chirurgie der stenosierenden Harnabflussstörungen des oberen Harntrakts
  konventionelle Harnblasenchirurgie
  konventionelle und endoskopische Chirurgie der Prostata
  konventionelle und endoskopische Chirurgie der Harnröhre einschließlich permanenter Implantate (Titanstents)
- **Behandlung von Harnsteinerkrankungen**
  endoskopische starre und flexible Steinchirurgie im gesamten Harntrakt einschließlich perkutaner und antegrader Methoden
  röntgenologisch und sonographisch gesteuerte extrakorporale Stoßwellenlithotripsie von Harnleiter- und Nierensteinen
  konventionelle Steinchirurgie im Zusammenhang mit steinbedingt geschädigten Nieren oder Harnabflussstörungen
- **Behandlung von gutartigen Erkrankungen des männlichen Genitale**
  offene Chirurgie des Hodenhochstands, des Hodens und des Samenstrangs
  offene Chirurgie der Peniserkrankungen
  Laserchirurgie von Hauterkrankungen im Genitalbereich
- **Diagnostische Tätigkeiten**
  radiologische Diagnostik des gesamten Harntrakts sowie der Samenstrangsgefäße
  sonographische Diagnostik des vorderen und hinteren Bauchraumes, der Genitalorgane einschließlich Farbduplexsonographie der Gefäße
  endoskopische Diagnostik des gesamten Harntrakts, Proktoskopie
  urodynamische Diagnostik des gesamten Harntrakts
  perkutane/transrektale Prostata- und Nierenbiopsie
  Urin- und Ejakulatdiagnostik

- **Behandlungs- und Patientenstatistik**

Nicht stationäre Behandlungen	
ambulant	1.674
hiervon amb. Operationen	156
konsiliarisch	930
Stationäre Behandlungen	
Fallzahl vorstationär	389
Fallzahl nachstationär	258
Fallzahl stationär	1.578
Belegung	82,4 %
Verweildauer	6,1
Verlegungen in die Abteilung	45
Verlegungen aus der Abteilung	51

AUFSTELLUNG DER HÄUFIGSTEN DRG FÜR DIE ABTEILUNG

Schlüssel	Bezeichnung	Fälle
L20	Transurethrale Eingriffe außer Prostataresektion und komplexe Ureterorenoskopien ohne extrakorporale Stoßwellenlithotripsie (ESWL)	316
L64	Harnsteine und Harnwegsobstruktion	137
M02	Transurethrale Prostataresektion	125
L63	Infektionen der Harnorgane	86
L62	Neubildungen der Harnorgane	81
M60	Bösartige Neubildungen der männlichen Geschlechtsorgane	68
M12	Eingriffe am Hoden	59
M62	Infektion / Entzündung der männlichen Geschlechtsorgane	58
L17	Andere Eingriffe an der Urethra	46
L42	Extrakorporale Stoßwellenlithotripsie (ESWL) bei Harnsteinen mit auxiliären Maßnahmen	41
L43	Extrakorporale Stoßwellenlithotripsie (ESWL) bei Harnsteinen ohne auxiliäre Maßnahmen	40
L41	Urethrozystoskopie ohne CC	34
M01	Große Eingriffe an den Beckenorganen beim Mann	34
L19	Transurethrale Eingriffe außer Prostataresektion und komplexe Ureterorenoskopien mit extrakorporaler Stoßwellenlithotripsie (ESWL)	25
L16	Kleine Eingriffe an der Harnblase ohne äußerst schwere CC	24
N23	Andere rekonstruktive Eingriffe an den weiblichen Geschlechtsorganen	22
L13	Nieren, Ureter und große Harnblaseneingriffe bei Neubildung, mit CC	21
L14	Nieren, Ureter und große Harnblaseneingriffe bei Neubildung, ohne CC	21
L18	Komplexe transurethrale, perkutan-transrenale und andere retroperitoneale Eingriffe ohne extrakorporale Stoßwellenlithotripsie (ESWL)	20
M61	Benigne Prostatahyperplasie	19

Schlüssel	Bezeichnung	Fälle
L68	Andere mäßig schwere Erkrankungen der Harnorgane	18
L40	Diagnostische Ureterorenoskopie	14
L03	Nieren-, Ureter- und große Harnblaseneingriffe bei Neubildung, Alter < 19 Jahre oder äußerst schwere CC oder außer bei Neubildung, mit äußerst schweren CC	12
M11	OR-Prozeduren an den männlichen Geschlechtsorganen bei bösartiger Neubildung ohne äußerst schwere CC	12
L04	Nieren-, Ureter- und große Harnblaseneingriffe außer bei Neubildung, ohne äußerst schwere CC	9
L15	Transurethrale Prostataresektion ohne äußerst schwere CC	9
L65	Andere leichte bis moderate Erkrankungen der Harnorgane, mehr als ein Belegungstag oder Beschwerden und Symptome der Harnorgane	9
G66	Abdominalschmerz oder mesenteriale Lymphadenitis	7
L70	Krankheiten und Störungen der Harnorgane, ein Belegungstag	7
M04	Eingriffe am Hoden mit äußerst schweren CC	7
Gesamt		**1.381**

AUFSTELLUNG DER HÄUFIGSTEN HAUPTDIAGNOSEN (ICD) FÜR DIE ABTEILUNG

Schlüssel	Bezeichnung	Fälle
N20	Nieren- und Ureterstein	345
C67	Bösartige Neubildung der Harnblase	274
N40	Prostatahyperplasie	133
C61	Bösartige Neubildung der Prostata	118
N30	Zystitis	62
N10	Akute tubulointerstitielle Nephritis	60
N13	Obstruktive Uropathie und Refluxuropathie	50
C64	Bösartige Neubildung der Niere, ausgenommen Nierenbecken	33
N45	Orchitis und Epididymitis	31
N39	Sonstige Krankheiten des Harnsystems	30
C65	Bösartige Neubildung des Nierenbeckens	26
N35	Harnröhrenstriktur	26
N41	Entzündliche Krankheiten der Prostata	26
N43	Hydrozele und Spermatozele	24
C62	Bösartige Neubildung des Hodens	23
N32	Sonstige Krankheiten der Harnblase	18
N99	Krankheiten des Urogenitalsystems nach medizinischen Maßnahmen, anderenorts nicht klassifiziert	17
N31	Neuromuskuläre Dysfunktion der Harnblase, anderenorts nicht klassifiziert	15
T81	Komplikationen bei Eingriffen, anderenorts nicht klassifiziert	11

Schlüssel	Bezeichnung	Fälle
D41	Neubildung unsicheren oder unbekannten Verhaltens der Harnorgane	8
N42	Sonstige Krankheiten der Prostata	8
R10	Bauch- und Beckenschmerzen	8
D30	Gutartige Neubildung der Harnorgane	7
I86	Varizen sonstiger Lokalisationen	7
C66	Bösartige Neubildung des Ureters	6
A41	Sonstige Sepsis	5
C79	Sekundäre bösartige Neubildung an sonstigen Lokalisationen	5
D68	Sonstige Koagulopathien	5
N81	Genitalprolaps bei der Frau	5
Q61	Zystische Nierenkrankheit	5
Gesamt		**1.391**

AUFSTELLUNG DER HÄUFIGSTEN OPERATIONEN BZW. EINGRIFFE (OPS) FÜR DIE ABTEILUNG

Schlüssel	Bezeichnung	Fälle
5-573	Transurethrale Inzision, Exzision, Destruktion und Resektion von (erkranktem) Gewebe der Harnblase	520
8-136	Einlegen, Wechsel und Entfernung eines Ureterkatheters	380
1-661	Diagnostische Urethrozystoskopie	315
8-132	Manipulationen an der Harnblase	290
8-137	Einlegen, Wechsel und Entfernung einer Ureterschiene	287
5-601	Transurethrale Exzision und Destruktion von Prostatagewebe	151
8-110	Extrakorporale Stoßwellenlithotripsie [ESWL] von Steinen in den Harnorganen	146
5-562	Ureterotomie, perkutan-transrenale und transurethrale Steinbehandlung	107
8-133	Wechsel und Entfernung eines suprapubischen Katheters	107
5-572	Zystostomie	102
8-542	Nicht komplexe Chemotherapie	96
5-561	Inzision, Resektion und (andere) Erweiterung des Ureterostiums	77
5-585	Transurethrale Inzision von (erkranktem) Gewebe der Urethra	73
5-550	Perkutan-transrenale Nephrotomie, Nephrostomie, Steinentfernung und Pyeloplastik	51
1-465	Perkutane Biopsie an Harnorganen und männlichen Geschlechtsorganen mit Steuerung durch bildgebende Verfahren	43
5-554	Nephrektomie	42
1-665	Diagnostische Ureterorenoskopie	34
5-604	Radikale Prostatovesikulektomie	27
5-622	Orchidektomie	27
5-611	Operation einer Hydrocele testis	23

Schlüssel	Bezeichnung	Fälle
5-593	Transvaginale Suspensionsoperation [Zügeloperation]	22
5-570	Endoskopische Entfernung von Steinen, Fremdkörpern und Tamponaden der Harnblase	20
8-541	Instillation von zytotoxischen Materialien und Immunmodulatoren	20
8-138	Wechsel und Entfernung eines Nephrostomiekatheters	16
1-460	Transurethrale Biopsie an Harnorganen und Prostata	15
5-586	Operative Dilatation der Urethra	15
8-980	Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur)	15
5-640	Operationen am Präputium	12
5-609	Andere Operationen an der Prostata	11
5-576	Zystektomie	10
Gesamt		**3.054**

AUFSTELLUNG DER HÄUFIGSTEN AMBULANTEN OPERATIONEN BZW. EINGRIFFE FÜR DIE ABTEILUNG

Schlüssel	Bezeichnung	Fälle
1787	Ureterverweilschiene	13
1784	Zystoskopie (Frau)	10
1741	Vorhautplastik	9
1785	Zystoskopie (Mann)	3
1768	Leistenhoden-Op.	2
1761	Hydro-/Spermatozelen-Op.	1
26311	Urethro(-zysto)skopie der Frau	38
26310	Urethro(-zysto)skopie des Mannes	29
31101	Dermatochirurg. Eingriff Kategorie A1	26
31102	Dermatochirurg. Eingriff Kategorie A2	14
31281	Endoskopischer urologischer Eingriff, K	3
26313	Apparative Unters. bei Harninkontinenz,	2
31153	Visceralchirurgischer Eingriff, Kategorie F3	2
31272	Urologischer Eingriff, Kategorie Q2	2
26340	Kalibrierung/Bougierung der Harnröhre	1
31271	Urologischer Eingriff, Kategorie Q1	1
31294	Urologischer Eingriff mit Bildwandler,	1
31311	Endoskopischer gynäkologischer Eingriff	1
Gesamt		**158**

Entlassungstagesverteilung	
montags	13,8 %
dienstags	15,5 %
mittwochs	18,0 %
donnerstags	18,2 %
freitags	19,5 %
samstags	13,3 %
sonntags	1,7 %

ES BESTEHEN FOLGENDE AMBULANTE BEHANDLUNGSMÖGLICHKEITEN

Ambulante Operationen nach § 115b SGB V
Vertragsärztliche Ermächtigung des Chefarztes auf Überweisung der niedergelassenen Urologen
Notfallambulanz

ES BESTEHEN FOLGENDE ZUSÄTZLICHE LEISTUNGSANGEBOTE

Urodynamische Sprechstunde
Konsiliarische Behandlungen innerhalb des Krankenhauses sowie für benachbarte Krankenhäuser ohne fachurologische Betreuung

3.5. PLANBETTEN

Die Fachabteilung weist zum Stichtag 31.12.05 gemäß Krankenhausplan 32 Planbetten aus.

4. TECHNISCHE AUSSTATTUNG

UROLOGISCHE ABTEILUNG, ALLGEMEIN

Die Abteilung ist in allen Funktionsbereichen in das Krankenhausinformationssystem eingebunden. Zur hausinternen Information existiert ein Intranet. Ein Internetanschluss steht nicht zur Verfügung. Die Kommunikation erfolgt im Arztdienst auf direktem Weg über Funktelefone.

UROLOGISCHER FUNKTIONSBEREICH

Der Funktionsbereich ist 2005 in der gleichen Ebene umgezogen und bis auf das Instrumentarium und die Büroausstattung neu ausgestattet worden. Die ESWL ist jetzt in den Räumen der Funktionsabteilung integriert. Der Eingriffsraum wird gemeinsam mit der gynäkologischen Klinik genutzt. Hierdurch ergeben sich synergistische Effekte in der Zusammenarbeit, insbesondere auch mit der Anäshesieabteilung. Die wesentlichen Ausstattungsmerkmale sind ein:
endoskopisch operativer Arbeitsplatz einschließlich videokontrollierter Endoskopie und vollständigem endoskopischen Instrumentarium
digitalisierter Röntgenarbeitsplatz, eingebunden in ein RISC-PACS System, einschließlich elektrohydraulischer, -mechanischer und ultraschallinduzierter

Steinzertrümmerung
Sonographiearbeitsplatz einschließlich transrektaler Sonde und farbkodierter Duplexsonographie
endoskopisch diagnostischer Arbeitsplatz
mobile extrakorporale Stoßwellenlithotripsie in Kooperation mit dem Vincenz-Krankenhaus Datteln.

ZENTRALE OPERATIONSABTEILUNG

Nutzung eines neu erstellten Operationsraumes zur konventionellen Chirurgie, laparoskopischen Chirurgie sowie Laserbehandlungen (NdYag-Laser).

5. QUALITÄTSSICHERUNG
5.1. STRUKTUREN & ORGANISATION

Ein Qualitätsmanagment wird langsam aufgebaut. Hierzu finden regelmässige protokollierte Abteilungsbesprechungen und Fortbildungen statt. Seit dem 1.8.2004 steht ein ärztlicher Mitarbeiter der Abteilung mit der Ausbildung zum Qualitätsmanagementbeauftragten zur Verfügung.

5.2. METHODEN & DEFINIERTE VERFAHREN

Für 2006 in Planung.

5.3. PROZESSE
5.3.1. PATIENTENVERSORGUNG
5.3.1.1. ALLGEMEINE INFORMATIONEN

Das Ziel der Patientenversorgung ist eine effiziente, qualitativ hochwertige und schnelle Behandlung. Die Aufnahme erfolgt immer im Funktionsbereich und wird gleich mit der notwendigen urologischen Diagnostik und Diagnosenkodierung in einem Arbeitsgang verbunden. Die Verfügbarkeit des Ober- oder Chefarztes auf engem Raum sichert bei unklaren Befunden schnellste Entscheidung auf direktem Weg. Auch ohne Strukturierung im Sinne eines Qualitätsmanagments besteht eine hohe Effizienz. Mit dem sofortigen Zugriff auf relevante Patientendaten (Entlassungsbrief, Befund- und Operationsberichte) wenigstens der letzten zehn Jahre ist eine schnelle Information gewährleistet. Durch Integration aller - auch privatärztlichen - Behandlungen in nur einer strukturierten Patientenakte ist eine maximale Informationsdichte gegeben. Das vorgelagerte zeitindizierte Abteilungsarchiv hält diese Akten über zwölf Monate vor und ermöglicht weg- und zeitsparend den Aktenzugriff mit allen Vorbefunden innerhalb von ein - zwei Minuten sowie ein effizientes Nachsortieren später eintreffender Befunde.
Zur chemotherapeutischen Behandlung bestehen schriftliche Ablaufanweisungen einschließlich exakter Infusionspläne. Die Indikation erfolgt bei Hodentumoren exakt gemäß dem aktuellen Stand der Leitlinien der German Testicular Cancer Study Group, bei Blasen- und Prostatakarzinomen entsprechend validierten internationalen Studienergebnissen bzw. des Arbeitskreises urologischer Onkologie.

Entsprechend wurden Arbeitsabläufe und exakte Behandlungspläne erstellt. Hierzu liegen auch Anweisungen bei Infusionszwischenfällen vor.
Die Transfusionen erfolgen entsprechend des zentral erstellten Transfusionshandbuchs. Herr Oberarzt Dr. Hatahet ist als Transfusionsbeauftragter benannt.
Während der Behandlung erfolgt die Verlaufskontrolle - wie üblich - in regelmäßigen Tagesbesprechungen. Mit Hilfe von Patiententageslisten ist diese Besprechung immer vollständig und erschöpfend. Eine Mahnliste offener Tätigkeiten wird zeitgleich aktualisiert. Die Entlassungen des Folgetages oder auch Kriterien hierzu werden festgelegt und ein Informationsgleichstand erzielt. Die Visiten erfolgen regelmäßig frühmorgens, zweimal wöchentlich als Chefvisite.
Die Entlassung erfolgt fast immer mit einem endgültigen maschinengeschriebenen Arztbrief bis 11.00 (außer am Wochenende). Der administrative Fallabschluss erfolgt zeitnah am gleichen Tag. Für nachzureichende Informationen existiert ein stringentes EDV-gestütztes Mahnverfahren.
Im Ergebnis führt dies zu einer hohen Patientenzufriedenheit (belegt durch das Picker-Institut) und abteilungsintern in der Regel zu einem Aktenabschluss am gleichen Werktag.

5.3.1.2. PROJEKTE IN 2005

In 2005 hat die Klinik an dem Projekt „Klinik-Führer Rhein-Ruhr 2005/2006“ teilgenommen und in der Patientenbefragung urologischer Kliniken die zweitbeste Bewertung erhalten. Die LDR-Brachytherapie der Prostata wurde mit der Fa. Bard vertraglich abgeschlossen. Die laparaskopie Behandlung des Prostatakarzinoms und des Nierentumors ist noch in der Vorbereitungsphase.

5.3.2. MITARBEITER

5.3.2.1. ALLGEMEINE INFORMATIONEN

Aufgrund der geringen Fluktuation existiert für ärztliche Mitarbeiter keine fixierte Einarbeitungsstruktur. Das Ziel einer raschen Integration wird durch Anbindung an nur einem erfahrenen Mitarbeiter erreicht. Obwohl die Untersuchungs- und Behandlungsmethoden festgelegt sind, wird der neue Mitarbeiter methodenbezogen nur von einem Oberarzt oder Chefarzt ausgebildet. Wiederholte Verständnisgespräche kontrollieren nicht nur den Ausbildungsstand des Mitarbeiters, sondern hinterfragen auch stets die eigene Methodik.
Die Dienstplangestaltung erfolgt konventionell innerhalb des Mitarbeiterkreises des Rufbereitschaft- bzw. OA-Rufdienstes.
Die interne Fortbildung findet anhand der täglichen Fallbesprechungen sowie 14-tägigen Fortbildungen kontinuierlich statt. Urologische Fachzeitschriften sowie eine kleine Handbibliothek stehen zur Verfügung.
Die externe Fortbildung erfolgt durch den abgesprochenen Besuch von Fortbildungen, Seminaren und Kongressen. Hinzu kommen Hospitationen in anderen urologischen Abteilungen. Jeder Mitarbeiter führt ein „CME-Konto“.

5.3.2.2. PROJEKTE IN 2005

Kein Eintrag für das Berichtsjahr.

5.3.3. SICHERHEIT & UMWELT
5.3.3.1. ALLGEMEINE INFORMATIONEN

HYGIENE

Harnwegsinfektion werden immer bakteriologisch kontrolliert, sodass das die antibiotische Therapie möglichst zielgerichtet erfolgt. Infektionen, die nach dem Ifsg meldepflichtig sind, werden immer bei uns nachkontrolliert oder der nachbehandelnde Arzt hierüber infomiert. Die ungezielte Ersttherapie richtet sich nach der aktuellen Erreger-Resistenzstatistik.
Zur Vermeidung katheterassoziierter Harnwegsinfektion ist die Katheterliegezeit standardisiert und möglichst verkürzt.
Die Erreger-Resistenzstatistik wird in der regelmäßig halbjährlichen Abständen vorgestellt, abteilungsbezogene detaillierte Auswertungen sind innerhalb ein – zwei Werktage von der Hygienefachkraft zu erhalten.

KATASTROPHENSCHUTZPLAN

Der Katastrophenschutzplan sowie der Evakuierungsplan liegen im Funktionsbereich aus. Die Aktualisierung erfolgt regelmäßig durch die technische Abteilung.

BRANDSCHUTZ

Der Fluchtwege sind innerhalb der Abteilung gekennzeichnet. Ein zentrales Brandmeldesystem ist installiert. Die techn. Abteilung veranstaltet regelmäßig Übungen.

STRAHLENSCHUTZ

Die Kontrollbereiche sind gekennzeichnet.
Die Konstanzmessung erfolgt durch Mitarbeiter der Strahlenphysik.
Die Strahlenexposition der Mitarbeiter wird durch Gleitschattenfilmplaketten erfasst.
Die ärztlichen Bescheinigungen liegen vor. Die Oberärzte und der Chefarzt haben die Fachkunde vorzeitig 2004 erneuert.
Es findet eine regelmäßige Unterweisung in den Strahlenschutz statt.

MEDIZIN PRODUKTE GESETZ

Ein Oberarzt erfasst die Gerätehandbücher und die eingewiesenen Mitarbeiter. Eine Aktualisierung erfolgt laufend.

TRANSFUSIONSWESEN

Ein Oberarzt ist verantwortlich in das zentrale Transfusionwesen integriert

5.3.3.2. PROJEKTE IN 2005

Kein Eintrag für das Berichtsjahr.

5.3.4. DATENSCHUTZ & DATENSICHERHEIT

5.3.4.1. ALLGEMEINE INFORMATIONEN

Die Aufbewahrungsfristen sind durch die Verwaltung im Haus geregelt.
Das Krankenhausinformationssystem ist mit Zugangsberechtigungen geschützt.
Die Entsorgung datenschutzrelevanten Abfalls erfolgt in ausgewiesene Container.
Ein externes Schreibbüro ist nicht eingebunden.

5.3.4.2. PROJEKTE IN 2005

Kein Eintrag für das Berichtsjahr.

5.3.5. ORGANISATION, FÜHREN & LEITEN

5.3.5.1. ALLGEMEINE INFORMATIONEN

MEDIZINISCHE DOKUMENTATION

Die Umsetzung erfüllt die gesetzlichen Anforderungen.
Die Vollständigkeit wird bei Aktenabschluss im Sekretariat geprüft. Fehlende Unterlagen werden über das Mahnsystem eingefordert.

FACHABTEILUNGSFÜHRUNG

Die Auslastungskennzahlen als auch die Kosten des med. Sachbedarfs werden monatlich von dem Controlling zur Verfügung und gemeinsam mit dem ltd. Oberarzt, Stations- und Funktionsbereichleitung als auch Verwaltungsdirektor besprochen. Die Mitarbeiterinformation erfolgt somit zeitgleich.
Die Dienstplangestaltung erfolgt in der jeweiligen Arztgruppe und hält die gesetzlichen Anforderungen ein.
Die Urlaubsplanung erfolgt in Absprache unter der Voraussetzung, das jeweils nur ein ärztlicher Mitarbeiter, in Ferienzeiten zwei Mitarbeiter gleichzeitig in Urlaub sind.

5.3.5.2. PROJEKTE IN 2005

Keine, insbesondere keine Einbindung in das Projekt „Zentrale Aufnahmediagnostik“.

5.3.6. EXTERNE BEZIEHUNGEN & NETZWERKE

5.3.6.1. ALLGEMEINE INFORMATIONEN

Die Zusammenarbeit mit den Stammeinweisern erfolgt durch persönliche Kontakte.Zur Fortbildung und Abstimmung der Behandlungswege und -ziele besteht mit den Stammeinweisern seit 1996 ein KV- und CME-gemeldeter urologisch-onkologischer Qualitätszirkel, der sich zum Stichtag 31.12.05 bereits 60 mal getroffen, als auch 11/05 eine gemeinsame Patientenfortbildung zum Thema Harnabflussstörungen durchgeführt hat.
Eine verstärkte Kooperation im Bereich ambulanten Operierens führte im Jahr 2005 zu Vertragsverhandlungen.

5.3.6.2. PROJEKTE IN 2005

Kein Eintrag für das Berichtsjahr.

5.3.7. EXTERNE QUALITÄTSSICHERUNG, VERGLEICHE & BENCHMARKING

5.3.7.1. ALLGEMEINE INFORMATIONEN

Eine externe Qualitätssicherung (BQS) fand im Jahr 2005 nicht statt.

5.3.7.2. PROJEKTE IN 2005

Kein Eintrag für das Berichtsjahr.

5.3.8. CONTROLLING, INVESTITIONS- & FINANZMANAGEMENT

5.3.8.1. ALLGEMEINE INFORMATIONEN

Das interne Controlling stellt monatlich Kennzahlen zur Auslastung, DRG-Kodierung, med. Sachbedarf zur Verfügung. Auf Anfrage sind Sonderauswertungen stets erhältlich.
Die kritische Bewertung, der Soll-Ist-Vergleich erfolgt monatlich wie unter 5.3.5. beschrieben.
Ein jährlicher Investitionsplan wird erstellt.

5.3.8.2. PROJEKTE IN 2005

Kein Eintrag für das Berichtsjahr.

5.3.9. EINKAUFSMANAGMENT, LOGISTIK & VERTRÄGE

5.3.9.1. ALLGEMEINE INFORMATIONEN

Das Einkaufsmanagment, Logistik & Verträge ist zentral durch die Verwaltung geregelt, so dass aus der Abteilungssicht hierzu nicht nochmals Stellung genommen wird.

5.3.9.2. PROJEKTE IN 2005

Kein Eintrag für das Berichtsjahr.

6. WEITERGEHENDE INFORMATIONEN

Kein Eintrag für das Berichtsjahr

7. SCHLÜSSELERGEBNISSE

Kein Eintrag für das Berichtsjahr

8. ZUSAMMENFASSUNG & AUSBLICK

Im Berichtsjahr 2005 wurden die gesetzten Ziele in der Auslastung und Kostenstruktur erreicht. Infolge der erweiterten Fachkompetenz durch einen neuen Mitarbeiter erhöhte sich sprunghaft die Nachfrage nach urodynamischen Leistungen, die u.a. auch zu einer Steigerung der Frequenz inkontinenzchirurgischer Eingriffe führte. Des Weiteren begann hierdurch die ortsnahe Behandlung berufsgenossenschaftlich versicherter Patienten. Herr OA W. Kunze absolvierte Kurse in laparoskopischer Chirurgie, hospitierte intern und extern und baut z. Zt. diese aktuelle Behandlungsmöglichkeit auf. Erfreulich war die zunehmende Zahl ambulanter Operation über die stationsersetzenden Maßnahmen hinaus. Erweiternd wurde zum Jahresende ein Vertrag mit der Fa. Bard zur Brachytherapie (seeds-Implantation) abgeschlossen.
Im Jahr 2005 sind fünf wesentliche Bereiche zu bearbeiten:

- der weitere Aufbau der laparoskopischen Chirurgie
- der Aufbau der Brachythearpie des Prostatakarzinoms
- der Aufbau eines strukturierten Qualitätsmanagments
- die Fortsetzung der Kooperation mit den zuweisenden Urologen durch Einbindung in das ambulante Operationszentrum unseres Hauses
- die Einbindung der Abteilung in die zentrale Aufnahmediagnostik.

Allen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Abteilung danke ich an dieser Stelle aufrichtig für die geleistete Arbeit und gute Zusammenarbeit.

VII-XVI NEUROLOGISCHE KLINIK

1.	Vorwort	440
2.	Verfasser	440
3.	Basisinformationen	440
3.1.	Inhalte, Auftrag & Ziele	440
3.2.	Organisationsstrukturen, Leitung & Zuständigkeiten	440
3.3.	Personal	440
3.3.1.	Stellenplan & Qualifikationen	440
3.3.2.	Weiterbildungsermächtigung(en)	441
3.3.3.	Traineeprogramme, Praktika & Hospitationen	441
3.3.4.	Lehre, Forschung & Entwicklung	441
3.4.	Leistungsspektrum, Schwerpunkte & Serviceangebote	442
3.5.	Planbetten	444
4.	Technische Ausstattung	444
5.	Qualitätssicherung	445
5.1.	Strukturen & Organisation	445
5.2.	Methoden & definierte Verfahren	445
5.3.	Prozesse	445
5.3.1.	Patientenversorgung	445
5.3.2.	Mitarbeiter	445
5.3.3.	Sicherheit & Umwelt	446
5.3.4.	Datenschutz & Datensicherheit	446
5.3.5.	Organisation, Führen & Leiten	446
5.3.6.	Externe Beziehungen & Netzwerke	447
5.3.7.	Externe Qualitätssicherung, Vergleiche & Benchmarking	447
5.3.8.	Controlling, Investitions- & Finanzmanagement	447
5.3.9.	Einkaufsmanagement & Logistik	447
6.	Weitergehende Informationen	448
7.	Schlüsselergebnisse	448
8.	Zusammenfassung & Ausblick	448

1. VORWORT

Erneut sind die Krankenhäuser gesetzlich verpflichtet, einen strukturierten Qualitätsbericht zu erstellen und zu veröffentlichen. Die Berichte werden jährlich aktualisiert.

2. VERFASSER

Dr. med. Dr. phil. P. Schejbal

3. BASISINFORMATION

3.1 INHALTE, AUFTRAG & ZIELE

Auftrag der Neurologischen Klinik ist es seit ihrer Gründung im Jahre 1992, die stationäre Versorgung von Patienten mit neurologischen Erkrankungen am St.-Marien-Hospital Lünen sicherzustellen. Hierbei arbeiten der Ärztliche Dienst, der Pflegedienst, der Medizinisch-technische und der Sekretariatsdienst eng zusammen. Bei der Betreuung ihrer Patienten arbeitet die Neurologische Klinik mit anderen bettenführenden Kliniken und nichtbettenführenden Abteilungen zusammen.

3.2 ORGANISATIONSSTRUKTUREN, LEITUNG & ZUSTÄNDIGKEITEN

Die Leitung der Klinik obliegt seit ihrer Gründung Chefarzt Dr. med. Dr. phil. P. Schejbal. Nachgeordnet sind die Ober- und Assistenzärzte, der Medizinisch-technische Dienst (gemeinschaftlich mit der Neurochirurgischen Klinik) und der Sekretariats-/Schreibdienst.

3.3 PERSONAL

3.3.1 STELLENPLAN & QUALIFIKATIONEN

Chefarzt
Dr. med. Dr. phil. P. Schejbal
Facharzt für Neurologie
Diplom-Psychologe

Oberärzte
Dr. med. I. Adelt (Stellvertreterin des Chefarztes)
Fachärztin für Neurologie und Psychiatrie
Spezielle Schmerztherapie
Umweltmedizin
Dr. med. J. Gilles
Facharzt für Neurologie

Assistenzärzte und ihre besonderen Qualifikationen

C. Dobis (Qualitätsmanager/LÄK Niedersachsen)
Dr. med. M. Erinola
Dr. med. H. Hippler
(Facharzt für Psychiatrie),
Dr. med. S. von Kegler
R. Kremer

Der prozentuale Anteil der Fachärzte für Neurologie beträgt 37,5 %, 62,5 % sind Ärzte in Weiterbildung.

Medizinisch-technischer Dienst (gemeinschaftlich mit der Neurochirurgischen Klinik):
Frau G. Cammin
Frau G. Kessoglu
Frau S. Schulz
Frau N. Ünlü

Sekretariats-/Schreibdienst

Frau E. Rohrmoser, Frau B. Brandt, Frau M. Sielenkemper

3.3.2 WEITERBILDUNGSERMÄCHTIGUNG

Der Chefarzt ist zur vollen Weiterbildung im Fach Neurologie ermächtigt (48 Monate).

3.3.3 TRAINEEPROGRAMME, PRAKTIKA & HOSPITATIONEN

Berufsfindungspraktika und Famulaturen für Medizinstudenten im vor- und klinischen Studienabschnitt.

3.3.4 LEHRE, FORSCHUNG & ENTWICKLUNG

Der Chefarzt ist zum Mitglied der Gutachterkommission für Haftpflichtfragen bei der Ärztekammer Westfalen Lippe bestellt.
Mitgliedschaften der Fachärzte in folgenden Fachgesellschaften:

- Deutsche Gesellschaft für Neurologie
- Deutsche Schlaganfallgesellschaft
- Deutsche Gesellschaft für klinische Neurophysiologie (Zertifikate für EEG, EMG, Evozierte Potentiale, Ausbildungsstätte für EMG)
- Arbeitsgemeinschaft Neurologische Intensivmedizin in der DGN

Lehrtätigkeit an der Zentralen Krankenpflegeschule

3.4 LEISTUNGSSPEKTRUM, SCHWERPUNKTE & SERVICEANGEBOTE

Das medizinische Leistungsspektrum der Abteilung umfasst die Diagnostik und Therapie aller Krankheiten des neurologischen Fachgebietes einschließlich der Begleiterkrankungen auf anderen Fachgebieten. Die häufigsten Erkrankungen sind Schlaganfälle, Anfallskrankheiten, nicht operationspflichtige Bandscheibenvorfälle, M. Parkinson, Polyneuropathien, Multiple Sklerose und Neubildungen (Tumore) des Nervensystems. Auch die seltener vorkommenden neurologischen Erkrankungen können behandelt werden (u.a. Behandlung mit Botulinumtoxin bei zervikofazialen Hyperkinesen und Extremitätenspastik). Die Klinik verfügt über alle gängigen Untersuchungsmethoden der neurologischen Diagnostik (extra- und transkranielle Doppler- und Duplexsonographie, Emboliedetektion, EEG einschl. Provokationsmethoden, Langzeit-EEG, Schlafapnoe-Screening, optisch, akustisch und somatosensibel evozierte Potentiale, ereigniskorrelierte Potentiale, EMG, sensible und motorische Neurographie, Ableitung des Orbicularis-oculi-Reflexes, repetitive Nervenstimulation, transkranielle Magnetstimulation, vegetative Funktionsdiagnostik, psychometrische Leistungsdiagnostik). Die fachspezifische Labor- und Liquordiagnostik wird im Zentrallabor und bedarfsweise in auswärtigen Spezialeinrichtungen durchgeführt. Die Röntgen- und bildgebende Diagnostik (Computer- und Kernspintomographie, DSA) sowie die nuklearmedizinische Diagnostik stehen in entsprechenden Abteilungen im Haus zur Verfügung. Es kommen alle gängigen nicht-invasiven Behandlungmethoden einschließlich der systemischen und lokalen arteriellen Lysetherapie bei bestimmten Hirninfarktformen zum Einsatz. Die balneophysikalischen und übenden Therapieverfahren (Krankengymnastik, Logopädie, Ergotherapie) werden durch die Geriatrische Klinik zur Verfügung gestellt

Die Klinik ist am Durchgangsarztverfahren der Berufsgenossenschaften mittels des Konsiliardienstes für die Chirurgische Klinik II beteiligt.

Ambulante Patientenbehandlungen im Jahre 2005: 672

Vollstationäre Patienten im Kalenderjahr 2005 (einschließlich interner Verlegungen): 1407 Mittlere Verweildauer im Kalenderjahr 2005: 8,93 Tage.

Konsiliaruntersuchungen: 1391

AUFSTELLUNG DER HÄUFIGSTEN DRG FÜR DIE ABTEILUNG

Schlüssel	Bezeichnung	Fälle
B70	Apoplexie	251
B76	Anfälle	160
B69	Transitorische ischämische Attacke (TIA) und extrakranielle Gefäßverschlüsse	108
I68	Nicht operativ behandelte Erkrankungen und Verletzungen im Wirbelsäulenbereich, Alter > 55 Jahre ode	78
D61	Gleichgewichtsstörungen (Schwindel)	72
B67	Degenerative Krankheiten des Nervensystems	66
B71	Erkrankungen an Hirnnerven und peripheren Nerven	51
B68	Multiple Sklerose und zerebellare Ataxie	44
F73	Synkope und Kollaps	29
U64	Angststörungen oder andere affektive und somatoforme Störungen	29
B81	Andere Erkrankungen des Nervensystems	26
B77	Kopfschmerzen	25
B63	Demenz und andere chronische Störungen der Hirnfunktion	22
B64	Delirium	12
B66	Neubildungen des Nervensystems	12
D66	Andere Krankheiten an Ohr, Nase, Mund und Hals	9
B72	Infektion des Nervensystems außer Virusmeningitis	7
D63	Otitis media oder Infektionen der oberen Atemwege	7
C61	Neuro-ophthalmologische und vaskuläre Erkrankungen des Auges	6
U63	Schwere affektive Störungen	5
Gesamt		**1.019**

AUFSTELLUNG DER HÄUFIGSTEN HAUPTDIAGNOSEN (ICD) FÜR DIE ABTEILUNG

Schlüssel	Bezeichnung	Fälle
I63	Hirninfarkt	240
G40	Epilepsie	141
G45	Zerebrale transitorische Ischämie und verwandte Syndrome	109
H81	Störungen der Vestibularfunktion	57
G35	Multiple Sklerose [Encephalomyelitis disseminata]	41
M54	Rückenschmerzen	36
M51	Sonstige Bandscheibenschäden	32
R55	Synkope und Kollaps	28
G20	Primäres Parkinson-Syndrom	23
I67	Sonstige zerebrovaskuläre Krankheiten	21
F44	Dissoziative Störungen [Konversionsstörungen]	19

Schlüssel	Bezeichnung	Fälle
G51	Krankheiten des N. facialis [VII. Hirnnerv]	19
G41	Status epilepticus	17
R42	Schwindel und Taumel	15
F01	Vaskuläre Demenz	13
G43	Migräne	13
R20	Sensibilitätsstörungen der Haut	13
I61	Intrazerebrale Blutung	12
F45	Somatoforme Störungen	9
G44	Sonstige Kopfschmerzsyndrome	9
Gesamt		**867**

AUFSTELLUNG DER HÄUFIGSTEN OPERATIONEN BZW. EINGRIFFE (OPS) FÜR DIE ABTEILUNG

Schlüssel	Bezeichnung	Fälle
1-207	Elektroenzephalographie (EEG)	1.168
3-200	Native Computertomographie des Schädels	891
1-208	Registrierung evozierter Potentiale	732
1-206	Neurographie	577
3-800	Native Magnetresonanztomographie des Schädels	523
9-310	Phoniatrische Komplexbehandlung organischer und funktioneller Störungen der Sprache, des Sprechens, der Stimme und des Schluckens	191
3-802	Native Magnetresonanztomographie von Wirbelsäule und Rückenmark	179
1-204	Untersuchung des Liquorsystems	114
3-808	Native Magnetresonanztomographie der peripheren Gefäße	77
1-205	Elektromyographie (EMG)	69
Gesamt		**4.521**

3.5 PLANBETTEN

Anzahl der Planbetten am 31.12.2005: 42

4. TECHNISCHE AUSSTATTUNG:

Alle Arbeitsplätze sind an das krankenhausinterne EDV-Netz angeschlossen. Darüber hinaus werden 3 stand-alone-Rechner für spezielle Aufgaben genutzt. Das neurophysiologische Labor (gemeinsam mit der Neurochirurgischen Klinik) verfügt über 2 EEG-Ableitungsplätze, 1 Langzeit-EEGs-Ableitungs- und Auswertungsgerät, 1 Gerät zur Schlafapnoe-Screening und 2 Geräte zur Ableitung von EMG, ENG, Blinkreflex, Myasthenie-Test, der evozierten Potenziale (AEP, VEP, SSEP, ereigniskorrelierte Potenziale) sowie 1 Gerät zur transkraniellen magnetischen Stimulation.

5. QUALITÄTSSICHERUNG
5.1 STRUKTUREN & ORGANISATION

Die Qualitätssicherung findet statt in täglichen Fallbesprechungen, wöchentlichen Oberarzt- und Chefarztvisiten, zweimal wöchentlich stattfindenden Röntgenbesprechungen und bedarfsweise durchgeführten Instruktionen zu aktuellen Themen.

5.2 METHODEN & DEFINIERTE VERFAHREN

Die Anamnese- und Befunderhebung, die Planung der Diagnostik, diagnostische Hypothesen und therapeutische Entscheidungen, Therapieverlauf und -ergebnis sowie die erforderliche Dokumentation werden fachärztlicherseits überprüft und ggf. korrigiert. Die Aufnahmebefunde werden innerhalb von 24 Stunden fachärztlich kontrolliert und dokumentiert.

5.3 PROZESSE
5.3.1 PATIENTENVERSORGUNG
5.3.1.1. ALLGEMEINE INFORMATIONEN

Grundlage der Qualitätssicherung in der Patientenversorgung sind die gültigen medizinischen Standards, wie sie in den Leitlinien der Fachgesellschaften niedergelegt wurden. Klinikintern gilt das Lyseprotokoll für die systemische Thrombolyse bei Hirninfarkten im Karotisstromgebiet, ferner liegen Diagnosestandards für die Diagnostik von Polyneuropathien sowie Leitlinien für die Arztbriefschreibung bei den häufigsten Erkrankungen vor.

5.3.1.2. PROJEKTE IN 2005

Kein Beitrag für das Berichtsjahr.

5.3.2 MITARBEITER
5.3.2.1. ALLGEMEINE INFORMATIONEN

Es liegt ein strukturiertes Konzept zur ärztlichen Weiterbildung vor. Neuen ärztlichen Mitarbeitern wird zunächst ein erfahrener Kollege als Mentor zugeordnet, bevor ihm ein selbständiger Aufgabenbereich übertragen wird.
Alle ärztlichen Mitarbeiter nehmen teil an regelmäßigen Fortbildungen, die zusammen mit den Medizinischen Kliniken I und II und der Geriatrischen Klinik durchgeführt werden, ferner an Fortbildungsveranstaltungen des Schmerztherapeutischen Zentrums und der Chirurgischen Kliniken sowie an auswärtigen Fortbildungs- und Kongressveranstaltungen.

5.3.2.2. PROJEKTE IN 2005

Kein Beitrag für das Berichtsjahr.

5.3.3 SICHERHEIT UND UMWELT

5.3.3.1. ALLGEMEINE INFORMATIONEN

Potenzielle und vorhandene Risikosituationen werden wiederholt fallbezogen besprochen (z. B. Lumbalpunktionen, Therapie mit gerinnungshemmenden, potenziell hämato-, neuro- oder hepatotoxischen Substanzen, Behandlung von verwirrten, sturzgefährdeten, bewusstseinsgestörten, psychisch gestörten Patienten usw.). Das Monitoring der kritischen Parameter (z.B. Blutbild) wird bei den fachärztlichen Visiten kontrolliert.

5.3.3.2. PROJEKTE IN 2005

Kein Beitrag für das Berichtsjahr.

5.3.4 DATENSCHUTZ UND DATENSICHERHEIT

5.3.4.1. ALLGEMEINE INFORMATIONEN

Belange des Datenschutzes werden in adäquater Weise berücksichtigt. Weitergabe von Patientendaten geschieht zentral durch das Sekretariat, schriftliche Auskunftsersuchen werden durch den Chefarzt geprüft und genehmigt. Patientendaten enthaltende, zur Vernichtung bestimmte Unterlagen werden getrennt an die zentrale Entsorgungsstelle weitergeleitet. Mündliche Auskünfte, z. B. an Angehörige, werden nur durch ärztliche Mitarbeiter im persönlichen Gespräch erteilt.

5.3.4.2. PROJEKTE IN 2005

Kein Beitrag für das Berichtsjahr.

5.3.5 ORGANISATION, FÜHREN UND LEITEN

5.3.5.1. ALLGEMEINE INFORMATIONEN

Dienstpläne werden monatlich, Urlaubspläne jährlich erstellt. Jeder Mitarbeiter bekommt einen Zuständigkeits- und Tätigkeitsbereich zugewiesen; bei Notwendigkeit einer Vertretung wird eine minimale Fluktuation in der Patientenbetreuung angestrebt. Die täglich anfallenden Aufgaben werden in der Frühbesprechung erörtert. Die elektiven Patientenaufnahmen werden durch den zuständigen Oberarzt angenommen. Die Information der Mitarbeiter über die Arbeitsergebnisse der hausintern tätigen Ausschüsse (z. B. DRG-Arbeitsgruppe, Hygienekommission) erfolgt durch den delegierten Klinikvertreter.

5.3.5.2. PROJEKTE IN 2005

Kein Beitrag für das Berichtsjahr.

5.3.6. EXTERNE BEZIEHUNGEN UND NETZWERKE

5.3.6.1. ALLGEMEINE INFORMATIONEN

Eine enge Kooperation in der Patientenbetreuung existiert insbesondere mit den Medizinischen Kliniken, der Neurochirurgischen Klinik, der Gefäßchirurgischen Klinik und der Geriatrischen Klinik, der Psychiatrischen Tagesklinik des Westfälischen Zentrums für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik Dortmund sowie den niedergelassenen Konsiliarärzten für HNO-Heilkunde, Augenheilkunde und Dermatologie, in besonderen Fällen auch mit universitären Einrichtungen und umliegenden Krankenhäusern.
Konsiliardienst für die anderen Kliniken des Hauses, das St.-Christophorus-Krankenhaus Werne sowie gelegentlich für andere Krankenhäuser der Umgebung.

5.3.6.2. PROJEKTE IN 2005

Kein Beitrag für das Berichtsjahr.

5.3.7. EXTERNE QUALITÄTSSICHERUNG, VERGLEICHE & BENCHMARKING

5.3.7.1. ALLGEMEINE INFORMATIONEN

Kein Beitrag für das Berichtsjahr.

5.3.7.2. PROJEKTE IN 2005

Kein Beitrag für das Berichtsjahr.

5.3.8 CONTROLLING, INVESTITIONS-& FINANZMANAGEMENT

5.3.8.1. ALLGEMEINE INFORMATIONEN

Die verwaltungsseitig zur Verfügung gestellten Controllingdaten werden berufsgruppenspezifisch erörtert. Den DRG-relevanten Parametern wird besondere Aufmerksamkeit gewidmet.

5.3.8.2. PROJEKTE IN 2005

Kein Beitrag für das Berichtsjahr.

(Die nachfolgenden Themen sind abteilungsübergreifend oder außerhalb der Zuständigkeit der Verfassers.)

5.3.9. EINKAUFSMANAGEMENT & LOGISTIK

5.3.9.1. ALLGEMEINE INFORMATIONEN

Kein Beitrag für das Berichtsjahr.

5.3.9.2. PROJEKTE IN 2005

Kein Beitrag für das Berichtsjahr.

6. WEITERGEHENDE INFORMATIONEN

Kein Beitrag für das Berichtsjahr.

7. SCHLÜSSELERGEBNISSE

Kein Beitrag für das Berichtsjahr.

8. ZUSAMMENFASSUNG & AUSBLICK

Kein Beitrag für das Berichtsjahr.

VIII. SCHLÜSSELERGEBNISSE

Als relevante Schlüsselergebnisse für das Jahr 2005 sind folgende Punkte zu benennen:

- Erfolgreiche Reauditierung des Pflegedienstes innerhalb des CLINOTELVerbundes
- Reauditierung der Apotheke nach DIN 9001:2000
- Einführung des ERCP-Verfahrens in der Inneren Medizin
- Einführung der Vertebroplastie in der Radiologie

IX. QUALITÄTSBEWERTUNG

Bislang haben folgende systematische Teilbewertungen stattgefunden:

- Audit gesamter Pflegedienst
- Rezertifizierung Apotheke
- Anerkennung als Brustzentrum
- HAACP-Zertifizierung der Küche

Geplant sind die Teilnahme am CLINOTEL-Audit Anästhesie und Transfusionsmedizin

X QUALITÄTSSICHERUNG
X-I ERGEBNISSE IN DER EXTERNEN QUALITÄTSSICHERUNG GEMÄSS § 137 SGB V

		Externe Qualitätssicherung					
		Erbringung		Teilnahme		Dokumentationsrate	
Nr.	Bezeichnung	Ja	Nein	Ja	Nein	Kranken-haus	Bund
1	Aortenklappenchirurgie						103,69%
2	Cholezytektomie	x		x		99,00%	99,61%
3	Gynäkologische Operationen	x		x		100,0%0	91,00%
4	Herzschrittmacher-Erstimplantation	x		x		100,00%	97,64%
5	Herzschrittmacher-Aggregatwechsel	x		x		100,0%0	100,39%
6	Herzschrittmacher-Revision	x		x		98,00%	83,19%
7	Herztransplantation						98,14%
8	Hüftgelenknahe Femurfraktur (ohne subtrochantäre Frakturen)	x		x		100,00%	99,05%
9	Hüft-Totalendoprothesen-Wechsel	x		x		100,00%	95,99%
10	Karotis-Rekonstruktion	x		x		100,00%	97,29%
11	Knie-Totalendoprothese (TEP)	x		x		98,00%	99,53%
12	Knie-Totalendoprothesen-Wechsel	x		x		99,00%	98,72%

		Externe Qualitätssicherung					
		Erbringung		Teilnahme		Dokumentationsrate	
Nr.	Bezeichnung	Ja	Nein	Ja	Nein	Kranken-haus	Bund
13	Kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie						100,69%
14	Koronarangiografie / Perkutane transluminale Koronarangioplastie (PTCA)	x		x		100,00%	100,85%
15	Koronarchirurgie						100,69%
16	Mammachirurgie	x		x		98,00%	96,02%
17	Perinatalmedizin						99,31%
18	Pflege: Dekubitusprophylaxe mit Kopplung an die Leistungsbereiche 1, 8, 9, 11, 12, 13, 15, 19	x		x		100,00%	100,47%
19	Totalendoprothese (TEP) bei Koxarthrose	x		x		100,00%	99,36%
20	Amb. erworbene Pneumonie	x		x		98,00%	82,48%
21	**Gesamt**					**99,00%**	**97,81%**

X-II EXTERNE QUALITÄTSSICHERUNG NACH LANDESRECHT GEMÄSS § 112 SGB V

Nicht zutreffend.

X-III QUALITÄTSSICHERUNGSMASSNAHMEN BEI DISEASE-MANAGEMENT-PROGRAMMEN

Koronare Herzerkrankungen (KHK), Mammakarzinom.

X-IV UMSETZUNG DER MINDESTMENGENVEREINBARUNG

		Mindestmenge		Erbrachte Menge	
Leistung	**OPS**	**Krankenhaus / pro Arzt**	**Erbringung**	**Krankenhaus**	**Komplikationen**
In 2005 nicht verpflichtend:					
Knie-TEP (5-822)		50/nicht festgelegt			
	5-822.10		ja	8	0
	5-822.11		ja	48	0
	5-822.21		ja	46	0
	5-822.22		ja	1	0
	5-822.41		ja	1	0
	5-822.61		ja	4	0
	5-822.71		ja	1	0
	5-822.91		ja	1	0
In 2005 verpflichtend:					
Geburtshilfe					
Geburtshilfe OPS		nicht festgelegt			
	5-720.0		ja	2	0
	5-728.0		ja	14	0
	5-728.1		ja	12	0
	5-728.x		ja	1	0
	5-740.0		ja	66	0
	5-740.1		ja	66	0
	5-741.1		ja	1	0
	5-741.4		ja	1	0
	5-741.5		ja	1	0
	5-745.1		ja	17	0
	5-749.0		ja	52	0
	5-749.10		ja	35	0
	5-749.11		ja	37	0
	9-260		ja	475	0
	9-261		ja	103	0
	9-268		ja	1	0

XI. ZUSAMMENFASSUNG & AUSBLICK

Das Jahr 2005 war neben der umfangreichen Problematik durch das neueAbrechnungssystem und die damit verbundenen Diskussionen mit den Krankenkassen von vielen kleineren und größeren Baumaßnahmen geprägt.
Darüber hinaus ist es uns gelungen mehrere niedergelassene Ärzte an unser Haus zu binden, die Arztpraxen in unserem von-Wiek-Haus bezogen haben. Weitere Anbindungen von Praxen sind in Zukunft geplant.
Die Schaffung einer zentralen interdisziplinären Aufnahme mit angegliedertem Notfallbereich ist in ihrer Umsetzung große Schritte vorangekommen.
Diese Maßnahme wird auch im Jahre 2006 eine erhebliche bauliche und organisatorische Herausforderung für unser Haus.
Darüber hinaus werden wir die Kooperation mit benachbarten Krankenhäusern vertiefen und ausbauen.
Die Verhandlungen mit den Krankenkassen über Verträge der integrierten Versorgung, die wir schon in diesem Jahr begonnen haben werden wir fortsetzen und hoffentlich zu einem guten Abschluss bringen.
Die Abteilung Gyn. und Geburtshilfe ist, gemeinsam mit dem Katharinen - Hospital Unna, offiziell ausgewiesenes Brustzentrum.

ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS

SN-Zeiten	Schnitt-Naht-Zeiten
PONV	Post operative nausea and vomiting
TIVA	Total intravenöse Anästhesie
PDK	Periduralkatheter
PDA	Periduralanästhesie
PCA	Patienten kontrollierte Analgesie
CMI	Case Mix Index
ÄKWL	Ärztekammer Westfalen-Lippe
KVWL	Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe
BAL	Bronchioalveoläre Lavage
CRT	Cardials Resynchronisationstherapie
DDD	Codebezeichnung für einen automatischen Schrittmacher mit atrialer und ventrikulärer Detektion und Stimulation
LHK	Linksherzkatheter
SOP	Standard Operation Procedure
GMG	GKV-Modernisierungsgesetz
MRSA	Multiresistente Staphylococcus aureus
CME	Continuing Medical Education
IFSG	Infektionsschutzgesetz
AGO	Arbeitsgemeinschaft gynäkologische Onkologie
DMP	Disease Management Programm
PVS	Privatärztliche Verrechnungsstelle

GLOSSAR

Audit	Systematischer, unabhängiger und dokumentierter Prozess zur Erlangung von Auditnachweisen und zu deren objektiver Auswertung, um zu ermitteln, inwieweit Auditkriterien erfüllt sind.
Benchmarking	Kontinuierlicher Prozess, der Produkte, Dienstleistungen und Praktiken gegen den stärksten Mitbewerber, die als Führer angesehen werden, misst.
Ergebnisqualität	Grad, in dem ein Satz inhärenter Merkmale des (Behandlungs-) ergebnisses Anforderungen erfüllt
Kunde	Organisation oder Person, die ein Produkt/ Dienstleistung empfängt.
Lieferant	Organisation oder Person, die ein Produkt/Dienstleistung bereitstellt.
Peer Review	Eine als kontinuierliche, systematische und kritische Reflexion durch mehrere Angehörige einer Berufsgruppe über die eigene Leistungsfähigkeit und die der Kollegen- unter Verwendung eines strukturierten Prozesses und mit dem Ziel einer kontinuierlichen Verbesserung der Qualität der Patientenversorgung.
Prozess	Satz von in Wechselbeziehung oder Wechselwirkung stehenden Tätigkeiten, der Eingaben in Ergebnisse umwandelt.
Prozessqualität	Grad, in dem ein Satz inhärenter Merkmale der Prozesse Anforderungen erfüllt
QM-Handbuch	Dokument, in dem das Qualitätsmanagementsystem einer Organisation festgelegt ist.
Qualität	Grad der Erfüllung von Kundenanforderungen.
Qualitätsbewertung	Tätigkeit zur Ermittlung der Eignung, Angemessenheit und Wirksamkeit der Betrachtungseinheit, festgelegte Ziele zu erreichen.
Qualitätsindikator	Quantitatives Maß, welches zum Monitoring und zur Bewertung der Qualität wichtiger Leistungs-, Management, klinischer und unterstützender Funktionen genutzt werden kann, die sich auf das Behandlungsergebnis beim Patienten auswirken. Er ist kein direktes Maß für Qualität, eher ein Werkzeug, das zur Leistungsbewertung benutzt werden kann, das Aufmerksamkeit auf potentielle Problembereiche lenken kann, die einer intensiven Überprüfung innerhalb einer Organisation bedürfen könnten.
Qualitätsmanagement	Aufeinander abgestimmte Tätigkeiten zum Leiten und Lenken einer Organisation bezüglich Qualität.
Qualitätspolitik	Übergeordnete Absichten und Ausrichtung einer Organisation zur Qualität, wie sie von der obersten Leitung formell ausgedrückt wurden.
Qualitätsziele	Etwas bezüglich Qualität Angestrebtes oder zu Ereichendes.
Strukturqualität	Grad, in dem ein Satz inhärenter Merkmale der Struktur(en) Anforderungen erfüllt
Zertifzierung	Maßnahme durch einen unparteiischen Dritten, die aufzeigt, daß angemessenes Vertrauen besteht, dass ein ordnungsgemäß bezeichnetes Erzeugnis/Dienstleistung oder Verfahren in Übereinstimmung mit einer bestimmten Norm oder einem bestimmten anderen normativen Dokument ist.

Kennzahlen des CLINOTEL-Krankenhausverbundes

Zum 01.01.2006 gehörten dem Verbund 14 Mitgliedshäuser an

Rund 220.000 Patienten wurden in 2005 vollstationär behandelt

Die Gesamtbudgetsumme belief sich im Jahr 2005 auf über 600 Mio. EUR

Die Krankenhäuser des Verbundes halten insgesamt 6.422 Planbetten vor

Ca. 12.500 Mitarbeiter versorgen die Patienten der Mitgliedshäuser

Standorte der CLINOTEL-Mitgliedshäuser zum 01.01.2006

CLINOTEL

Krankenhausverbund
gemeinnützige GmbH

Ebertplatz 1 ▪ 50668 Köln ▪ Fon 0221 16798-0 ▪ Fax 16798-20
mail@clinotel.de ▪ www.clinotel.de